Colecţia „MEDICINA PENTRU TOŢI"

Mihai Copăceanu

DEPENDENȚA SEXUALĂ

Cu un cuvânt de Elaine Hatfield,
autoare a *Love, Sex and Intimacy*

Editura Medicală

Mihai Copăceanu

DEPENDENȚA SEXUALĂ

Editura Medicală
Bucureşti, 2018

Imaginea de pe coperta I: **Mihaela Toader**

EDITURA MEDICALĂ ESTE MARCĂ ÎNREGISTRATĂ A S.C. EDITURA MEDICALĂ S.A.

© „Toate drepturile editoriale aparţin în exclusivitate Editurii Medicale. Publicaţia este protejată integral de legislaţia internă şi internaţională. Orice valorificare a conţinutului în afara limitelor acestor legi şi a permisiunii editorilor este interzisă şi pasibilă de pedeapsă. Acest lucru este valabil pentru orice reproducere – integrală sau parţială, indiferent de mijloace (multiplicări, traduceri, microfilmări, precum şi la stocarea şi prelucrarea în sistem electronic)".

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
COPĂCEANU MIHAI
Dependenţa sexuală/Mihai Copăceanu – Bucureşti: Editura Medicală, 2018.

Conţine bibliografie
ISBN 978-973-39-0824-1

61

Redactor: **Corina Ghinoiu**
Secretar de redacţie: **Maria-Elena Neamţ**
Tehnoredactare computerizată: **Mihai Ştefănache**

In Honorem

CONSTANTIN BĂLĂCEANU-STOLNICI

La împlinirea a 95 de ani

Constantin Bălăceanu-Stolnici (n. 6 iulie 1923, Bucureşti) este om de ştiinţă român, medic neurolog, doctor în medicină, profesor de Neuropsihologie şi Anatomie a Sistemului nervos, membru de onoare al Academiei Române, Director Onorific al Institutului de Antropologie „Fr. I. Rainer" al Academiei Române, Preşedintele de Onoare al Societăţii Academice de Antropologie, Preşedintele Centrului Internaţional Antidrog şi pentru Drepturile Omului (CIADO), autor de manuale de specialitate, conducător de doctorate şi conferenţiar la evenimente academice naţionale ori în faţa publicului larg, cu scopul prevenirii consumului de droguri în rândul tinerilor.

În 2015, la vârsta de 92 de ani, a acceptat să coordoneze cercetarea doctorală a autorului acestei cărţi, cu titlul: *Consumul de substanţe psihoactive în rândul tinerilor*.

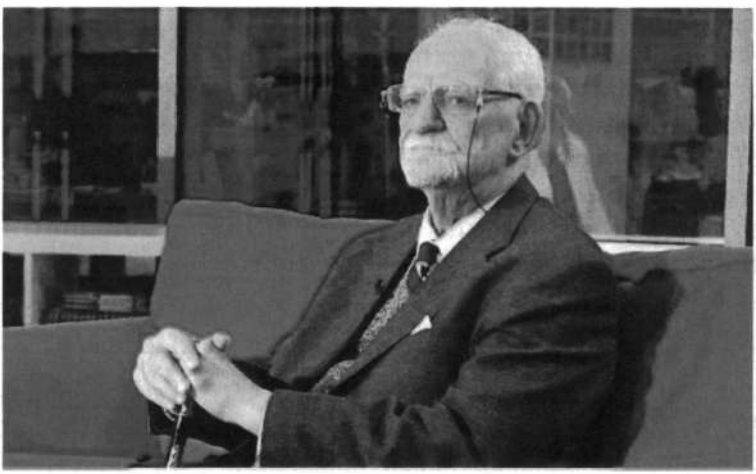

Photo:www.adevarul.ro

Dependența este determinată de două fenomene. Opiaceele se substituie endorfinelor, care sunt nişte substanțe normale care servesc pentru funcționarea sistemului nervos. Folosind opiaceele, acestea înlocuiesc endorfinele şi organismul nu mai produce endorfine. În lipsa endorfinelor se produce o stare penibilă de trăiri anxioase, de neliniște, de chinuire sufletească foarte profundă pe care nimeni nu o poate descrie, decât cel care a trăit-o. Şi atunci consumatorul simte nevoia să le înlocuiască din nou cu morfina. Deci este o dependență ***biochimică****. Asta explică de ce este aşa de greu să opreşti consumul de droguri şi care se face printr-o supraveghere medicală.*

Al doilea mecanism este o dependență de ordin ***neuropsihologic****. Mecanismul acesta al plăcerii este bazat pe dopamină. Există un centru care bombardează cu dopamină scoarța şi creează senzația de plăcere. Ei bine, acest centru bombardează şi o altă regiune importantă din creier, hipocampul, care este un centru de memorizare...Vreau să le transmit [părinților] să nu-i considere pe copiii lor nişte vinovați, să-i considere absolut nişte victime şi să se poarte cu ei în consecință. Să nu agraveze trauma sau deformarea de mentalitate, de personalitate creată de consumul de droguri printr-o altă agresiune, cea din partea părinților. Este nevoie de afecțiune, de protecție şi nu de pedeapsă. Sigur că lucrurile sunt dificile, că uneori trebuie să fii ceva mai aspru, dar ideea este ca părintele în această situație să fie părinte şi nu procuror.* **(Constantin Bălăceanu-Stolnici,** optimalmedia.ro**)**

Cuprins

Cuvinte de bucurie 7
Interviu cu Academicianul Constantin Bălăceanu-Stolnici 11
Prefață 21
Introducere 27

Capitolul 1
Sexualitatea umană 39
Repere istorice 39
Hormonii sexuali şi comportamentul sexual 48
Sistemul nervos şi comportamentul sexual 56
Răspunsul sexual 59

Capitolul 2
Adicția sexuală versus dependența de sex 63
Definiția conceptului de dependență 63
Aspecte clinice şi diagnostic 71
Elemente ale istoricului familial 78
Elemente distinctive ale dependenței de sex 79
Criterii pentru dependența de substanță 88
Substratul neurobiologic al dependenței 91
Rolul prolactinei în saţietatea sexuală 94
Adicția sexuală şi ADHD 97
Definiția compulsivității. Relația dintre dependență şi compulsivitate 100
Diverse aspecte ale adicției sexuale (fizice, psihice, emoționale, sociale) 106
Dependența de pornografie 110

Capitolul 3
Intervenții terapeutice 125
Terapia de grup 133
Terapia de cuplu/familie 136

Terapia farmacologică 140
Comentarii 145

Capitolul 4
România, încă ruşinea Europei. Ce riscuri implică lipsa educaţiei sexuale în şcoli 155
Prostituţie, sarcini nedorite la adolescente, agresiuni sexuale, violuri! 162
Cum recunoaştem un pedofil? 168
Soluţiile? Ce pot face părinţii ? 171
Reacţia comunităţii 174
Eficienţa instituţiilor 175
Introducerea educaţiei sexuale obligatorii în şcoli 175
Tratamentul pedofililor 176
Iubire pasională şi dorinţă sexuală 179
Anexă 185
Bibliografie 189

Cuvinte de bucurie

Mihai Copăceanu este o stea respectată în comunitatea psihologilor români. L-am auzit vorbind la conferințele din România, exprimând încredere şi o maturitate mult peste anii săi. Este bine documentat, devotat, inteligent şi deschis spre noi moduri de gândire şi învățare.

Am condus Masteratul în dependență la Institutul de Psihiatrie (King's College London) când mi-a fost student Mihai. De asemenea, am supervizat proiectul său de cercetare privind relația dintre doza terapeutică de metadonă, atitudinea pacienților dependenți de heroină şi înțelegerea tratamentului. El a elaborat cel mai bun proiect din anul său şi a chestionat cei mai mulți participanți – aproape 200 de pacienți (nemaiauzit în timpul unui proiect de masterat) – dovadă clară a tenacității şi capacității sale de a relaționa extraordinar cu oamenii).

Este inteligent şi foarte motivat. Ştiu că va susține dezvoltarea psihologiei în România. Se descurcă bine cu pacienții şi cu personalul medical şi are o dispoziție generală fericită, dar serioasă.

Dr. ***Adam R. Winstock***

Psihiatru, profesor la University College London; fondator al Global Drug Survey, cel mai mare studiu anual în domeniul drogurilor din lume; peste 100 de articole publicate.

Cu mai bine de 50 de ani în urmă, predam la Universitatea din Minnesota. Doi dintre studenţii mei, Cookie şi Walter Stephan, mi-au sugerat să facem o cercetare interculturală. Cu supremaţia şi încrederea caracteristică celor cu adevărat naivi, le-am explicat că psihologia interculturală nu reprezintă un domeniu interesant. Un om de ştiinţă autentic îşi propune să studieze universilii culturale şi istorice, nu ceva fără importanţă şi efemer. Dar cei doi studenţi au insistat şi târziu mi-am dat seama cât de mult am greşit. Astăzi psihologia cros-culturală este regina ştiinţelor. Fără o cunoaştere a psihologiei culturale şi a istoriei, cercetătorii care teoretizează despre o mică parte a comportamentului uman sunt precum cei care văd doar o secvenţă dintr-un film, nu filmul întreg.

Din fericire, am avut ocazia să colaborez cu unele dintre cele mai mari nume din domeniu: Shinobu Kitayama, Dan Landis, Hazel Markus, Shalom Schwartz, Cookie şi Walter Stephan şi, acum, cu eminentul Mihai Copăceanu, printre mulţi alţii.

Această carte despre dependenţa sexuală este un prim exemplu a ceea ce poate fi obţinut prin colaborări interculturale. Domnul Copăceanu combină în mod strălucit cunoştinţele obţinute din psihologia clinică, interculturală, cercetarea psihologică, sociologică, istorică, precum şi din neuroştiinţe şi biologie, ajutându-ne să înţelegem dependenţa sexuală. (Hawai'i, aprilie 2018).

Dr. ***Elaine Hatfield***

Profesor de psihologie la Universitatea din Hawaii; fost preşedinte al Societăţii pentru Studiul Ştiinţific al Sexualităţii (SSSS); laureată a premiului William James al Asociaţiei pentru Ştiinţe Psihologice (APS) din S.U.A., pentru întreaga activitate de cercetare în domeniu; autoare a cărţii Love, Sex, and Intimacy: Their Psychology, Biology, and History; *peste 150 de articole publicate.*

Cartea colegului nostru, psiholog Mihai Copăceanu, intitulată „Dependența sexuală", corespunde unei nevoi sociale urgente. Cartea introduce paradigma holistă în abordarea sexualității ca parte fundamentală a realității umane, urmând un capitol consistent, de strictă specialitate, privind adicția sexuală. Acesta se adresează sferei largi a celor implicați în activități nemijlocit legate de cunoașterea umanului, de influențarea și organizarea devenirii personale și sociale a tinerilor. Foarte specializat este și capitolul care tratează adicția sexuală, capitol adresat psihologilor clinicieni, consilieri, terapeuți, ex-perți judiciari. Lucrarea semnalează nevoia imediată de cercetare psiho-sociologică pe eșantion național în domeniul sexualității, cercetări necesare corpului profesional și în vederea consilierii, cu temei în cercetare, a factorilor de decizie social-politică, tema tocmai fiind în dezbatere largă, pornind de la inițiative legislative.

Adicția sexuală este un obiect încă deliberat în mediul asociațiilor profesionale, unele care definesc conduitele profesionale. Este de luat în considerare faptul că în România am avut - și continuăm să avem -, dificultăți în abordarea publică, extraprofesională, a problemei sexualității umane. Dominant este modelul eticist, concomitent existând o reală liberalizare a comportamentului sexual, dar fără a exista ghidajul adecvat care să permită comprehensiunea realității și importanța bunei integrări a sexualității în persoană, în fiecare etapă a constituirii sale, și în buna structurare a interpersonalității și raporturilor sociale, în acord cu modelul social în edificare, situație care comportă risc personal și social. Comunitățile profesionale au nevoie de o mai atentă aplecare asupra problematicii, în acord cu progresul științific în discipline de vârf - cum este psihoneurofiziologia -, asupra cărora autorul insistă.

Autorul face parte din generaţia tânără de psihologi - cu formaţie de specialitate în ţară şi în străinătate, în mod special în spaţiul anglo-saxon -, spaţiu care excelează în cercetările ample din teren, începând din secolul XX şi până în prezent. Cartea constituie un plus de deschidere a domeniului şi are valoare de informare exactă asupra problemei adicţiei sexuale, utilă specialiştilor în demersul de psihodiagnoză diferenţială şi terapie.

Dr. ***Mihai Turcu***

Universitatea „Lucian Blaga", Sibiu; doctor în Psihologie - la Universitatea din Bucureşti; decan al psihologilor din Sibiu; cu expertiză în consiliere, psihoterapie şi psihosexologie; psiholog clinician la Spitalul de Psihiatrie Sibiu; fost psiholog militar; îndrumător pentru sute de viitori psihologi.

Interviu cu Academicianul **Constantin Bălăceanu-Stolnici** – *Neuropsihologia azi*[1]

1) Domnule profesor, prima întrebare se referă la domeniul numit neuropsihologie pe care dumneavoastră l-ați cercetat de-a lungul anilor. Cât de importantă este neuropsihologia pentru un psiholog?

C.B.S.: *Ani de zile – de circa 60 de ani – am fost pasionat de ceea ce astăzi se numeşte „ştiinţele creierului" Acestea pornesc de la examenul morfologic, macroscopic şi microscopic şi ajung la cel electric şi biochimic. Apoi abordează aspectele funcţionale de la cele mai elementare niveluri: gene, funcţii sinaptice, potenţiale de acţiune etc. până la funcţiunile fiziologice. Etapa cea mai dificilă este aceea de a corela ceea ce ştim despre organizarea morfofuncţională a creierului şi funcţiile prin care se manifestă sistemul psihic la animale şi apoi la om; ceea ce constituie în fond esenţa neuropsihologiei. Personal, cred că orice psiholog trebuie să cunoască modul cum este alcătuit şi cum funcţionează dispozitivul ce suportă activitatea psihică. În fond, e vorba de hardware-ul şi o parte din software-ul ce stă*

[1] Interviu publicat în Revista „Profil" nr. 7/2007, Sibiu, redactat de Mihai Copăceanu.

la baza funcţiilor psihice şi formează „obiectul muncii" lor. Cunoaşterea lor permite o înţelegere mai bună şi raţională a psihismului uman şi, totodată, este absolut necesară pentru a face legătura dintre psihologia normală şi o parte a psihologiei patologice.

2) La ce nivel se regăseşte neuropsihologia în România, în comparaţie cu ceea ce se întâmplă pe plan internaţional ?

C.B.S.: *În general neuropsihologia, cu rare excepţii, (ca de ex., şcoala de la Cluj) nu este foarte mult aprofundată la noi. Este în mare parte rezultatul constrângerilor dure la care a fost supusă psihologia în anii comunismului, fapt care a dus la o rupere parţială de unele orientări ale psihologiei mondiale. Este şi rezultatul dotării insuficiente a cercetării de la noi.*

3) Nu pot să nu amintesc de aportul adus de dumneavoastră domeniului neurociberneticii, alături de Edmond Nicolau, şi de predecesorul ei, Ştefan Odobleja, de studiile dumneavoastră în realizarea unor modele cibernetice ale sistemului nervos. Pentru cei ce încă nu au auzit de această disciplină, vă rog să ne explicaţi ce este neurocibernetica şi să ne arătaţi valoarea acesteia pentru neuroştiinţe.

C.B.S.: *Cibernetica intră cu adevărat pe scena preocupărilor ştiinţifice prin anii '48-'49, odată cu apariţia celebrei cărţi* (Cybernetics or Control and Communication în the Animal and Machine - N. aut.) *a lui N. Wiener. E drept că au existat câţiva precursori al căror glas însă nu a avut răsunet. Este foarte greu de explicat ce este cibernetica într-un răspuns la o întrebare de interviu.*

În primul rând a introdus conceptul de informaţie cu toate aspectele sale teoretice (matematice), practice

(folosite în comunicare), lingvistice şi filosofice. Acesta a permis detectarea unei clase de evenimente necunoscute care au loc în sistemul nervos şi care explică la un nivel mai complex (folosind printre altele noţiunile de codare, de entropie, de cantitate de informatie, de zgomot şi multe altele) modul său de funcţionare. A permis chiar formularea unor ipoteze privind emergenţa conştiinţei (conştienţei) din activitatea cerebrală. Apoi a dus la formularea conceptului de reţea neuronală care astăzi este esenţială atât pentru neuropsihologie cât şi pentru ştiinţa computerelor. Ambele aceste aspecte au permis chiar o abordare matematizată a neurofiziologiei şi neuropsihologiei. Esenţială a fost şi noţiunea de feedback (aferentaţie inversă) pozitiv şi negativ care a permis o nouă înţelegere a funcţionării sistemului nervos de la simplul arc reflex până la unele aspecte ale activităţii cognitive şi emoţionale.

Cred că orice psiholog ce se respectă trebuie să se familiarizeze cu cibernetica ce deschide un orizont extrem de bogat pentru înţelegerea mecanismelor vieţii psihice.

4) Dumnevoastră susţineţi un curs de Neuropsihologie la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe Cognitive din Bucureşti. Vă rog să ne spuneţi care este reacţia studenţilor faţă de Neuropsihologie şi cum ar trebui să se raporteze la această disciplină?

C.B.S. *În general există o relativă rezistenţă la aprofundarea neuropsihologiei, care este grea, şi face apel la un domeniu mai special (anatomie, microscopie, electrofiziologie, chimie moleculară ş.a.m.d.). Trebuie predată de oameni care cunosc bine materia respectivă dar care au şi un spirit didactic dezvoltat şi oricum totul trebuie însoţit de o iconografie cât mai completă şi explicită. Studenţii trebuie să fie conştienţi să se raporteze la această disciplină ca la una fundamentală pen-*

tru profesiunea lor şi nu ca la o disciplină academică inutilă care le îngreunează viaţa. Nu poate exista un adevărat psiholog care să nu fie familiarizat cu neuropsihologia.

5) Trăim în secolul al XXI-lea, când ştiinţa a luat un avânt uimitor. Am putea susţine că prin descoperirea din ce în ce mai mult a creierului uman, prin examinarea acestuia, persoana umană va fi cunoscută în totalitate? Cu alte cuvinte, cât de importantă este cunoaşterea creierului în vederea cunoaşterii omului şi a comportamentului său?

C.B.S.: *Practic am răspuns deja, indirect, la această întrebare. Secolul XXI continuă să fie o perioadă de noi şi noi investigaţii fructuoase în domeniul ce ne preocupă aici. Nu există lună să nu apară o nouă descoperire care desţeleneşte ignoranţa noastră relativă despre noi şi mai ales despre psihismul uman. Se găsesc molecule noi care activează sau dezactivează unele funcţii (ca cea a memoriei); se identifică noi subsisteme ca cel de răsplată sau mecanismele somnului; se identifică clase noi de neuroni, ca neuronii specializaţi din regiunea frontoorbitară sau neuronii în oglindă; se pun în evidenţă celule stem cu rol în plasticitatea nevraxului; se găsesc structuri cerebrale implicate în funcţii subtile ca de ex. sentimentul religios etc., etc. Toate acestea contribuie la edificarea unei antropologii mai detaliate, care mai dezleagă unele aspecte legate nu numai de funcţii psihice elementare dar şi de unele implicate în forme de manifestare complexe, ca cele ce definesc spiritualitatea şi cultura.*

6) În aceeaşi ordine de idei, pare-mi-se că omul recent este condus mai mult de instinct, de pulsiune, se orientează spre obţinerea plăcerii şi mai

puțin ține seama de rațiune, de intelect sau de comandamentele creierului?

C.B.S.: *Omul modern folosește aceleași mecanisme neuropsihologice ca și omul arhaic, numai că dispune de o bancă de date infinit mai bogată și de seturi conceptuale pe care acesta nu le avea. Nu cred că omul modern diferă de generațiile care l-au precedat prea mult căci totdeauna, în afară de lupta pentru supraviețuirea lui și a speciei sale, a urmărit o calitate a vieții cât mai bună și a alergat după satisfacții hedonice cât mai numeroase. Ceea ce putem reproșa omului zilelor noastre este pragmatismul lui excesiv, goana pentru câștig și neglijarea culturii.*

7) Domnule profesor, în urma Declarației de la Bologna (1999), studiul Psihologiei în Facultățile de Psihologie s-a redus și în țara noastră la 3 ani. Oare nu este mult prea puțin făcând o comparație și luând seama, de pildă, la colegii de la medicină care nicidecum nu au renunțat la cei 6 ani de facultate?

C.B.S.: *Personal sunt convins că reducerea timpului de învățare duce la o reducere a calității pregătirii studenților, ceea ce este un aspect negativ, ale cărui efecte se vor vedea în curând. Măsura era însă necesară deoarece era nevoie de o uniformizare a programelor de învățământ pentru a beneficia de o echivalare a diplomelor.*

8) Astăzi studentul se limitează în activitatea sa la obținerea de informații, accesarea Internet-ului și la susținerea examenelor pentru ca la final să fie recompensat cu o coală pe care să se scrie: Diplomă de Absolvire. Nu are o însemnătate majoră lectura

minuțioasă în biblioteci, cu creionul pe hârtie, cercetarea serioasă cu ajutorul profesorilor coordonatori, dar mai cu seamă practica clinică?

C.B.S.: *Sunt studenți şi studenți. Unii sunt doar vânători de diplome. Aceştia nu sunt studenți adevărați. Apoi, sunt studenți care învață ceea ce le fixează programele analitice. Sunt studenți mediocri care însă pot ajunge la unele succese profesionale. Şi apoi sunt studenții buni care învață mai mult decât ceea ce li se predă, citind în biblioteci sau făcând apel la Internet (care este un instrument formidabil dacă ştii să-l foloseşti critic). După părerea mea, ceea ce lipseşte este preocuparea şi de asimilarea culturii, de demersuri interdisciplinare, de integrare a specialității „învățate" într-o viziune integrativă Ştiință-Cultură-Spiritualitate.*

În ceea ce priveşte practica clinică lucrurile sunt clare. Nu poți fi medic fără a lucra la patul bolnavului şi nu poți fi psiholog, mai ales psihoterapeut dacă nu ai luat contact direct cu cei suferinzi. Patologia, în general, nu se poate învăța la cursuri sau din cărți. Trebuie să vezi „în direct" bolnavii, să discuți cu ei, să-i examinezi şi să-i urmăreşti. Nu poți să înveți să conduci o maşină sau un avion din cărți.

9) Vă rugăm să ne dezvăluiți cum era viața studențească în anii '40-'50, atunci când dumneavoastră erați student la Facultatea de Medicină, care era datoria studentului în acea perioadă?

C.B.S.: *Este foarte greu de răspuns, fiindcă anii studenției mele nu au fost simpli. A fost războiul, a fost perioada imediat postbelică şi apoi a fost instalarea comunismului cu toate necazurile lui. Facultatea de Medicină nu este un model căci ea necesită forme de învățământ mult mai grele şi mai disciplinate. În plus*

nu trebuie uitat că la vremea aceea, elitele care reuşeau să treacă prin concursurile de internat şi externat aveau un regim paralel de învăţare extrem de riguros care se făcea în cadrul diferitelor clinici şi care nu avea nimic scolastic. Formarea mea medicală nu s-a făcut în amfiteatre, săli de cursuri sau de lucrări practice, ci în saloanele de bolnavi şi laboratoarele spitalelor. Această formă au urmat-o însă foarte puţini (circa 10-15%). Ceilalţi urmau cursurile, care pe vremea aceea erau obligatorii, şi luau parte la prezentări de bolnavi, lucrări practice etc. Disciplina era extrem de riguroasă, iar absenţele erau sancţionate. De asemenea, în anii mei de studenţie nu am întâlnit şi nici nu am auzit de cazuri de corupţie la nivelul corpului didactic.

10) Care este relaţia dintre psihologie şi medicină? Care sunt limitele psihologiei şi ale medicinei (şi aici mă refer în special la neurologie şi psihiatrie) deoarece deseori au existat polemici/conflicte între psihologi şi medici vis-à-vis de domeniul de activitate al fiecărei discipline. Până unde se poate „întinde" psihologia?

C.B.S.: *Medicina şi psihologia implică două demersuri deosebite. Aceste demersuri au un spaţiu comun atunci când este vorba de tratat bolnavii cu diferite dezordini psihice. Aici trebuie să existe o complementaritate şi nu o concurenţă sau un antagonism, căci atât medicul cât şi psihologul au o contribuţie proprie, cu abordări diferite, dar cu un scop unic: vindecarea bolnavului sau uşurarea suferinţelor sale. E drept că această colaborare este asimetrică, deoarece un medic, mai ales un psihiatru este îndreptăţit - dacă are cunoştinţele şi experienţa necesare - să facă psihoterapie, în timp ce un psiholog nu are permisiunea să aplice tratamente medicale. De altfel, demersul medical implică o serie de cunoştinţe şi o experienţă în domeniul clinicoterapeutic*

pe care psihologul nu le are. De asemenea medicul are o responsabilitate şi îşi preia uneori riscuri enorme, mergând până la cel de a pune în primejdie viaţa pacientului. Psihologul, la rândul lui, trebuie, prin studii şi stagii în spitale de specialitate, să-şi însuşească acele cunoştinţe care să-i permită să facă un diagnostic pozitiv şi diferenţial care să-i îngăduie să evite să trateze psihoterapeutic bolnavi care necesită o abordare medicală.

11) Cunoaştem activitatea dumneavoastră bogată în domeniul clinic, vă rugăm să ne oferiţi câteva adevăruri pe care clinica vi le-a descoperit?

C.B.S.: *Activitatea clinică este „inima" învăţământului medical chiar şi pentru cei ce vor opta pentru specialităţi de laborator, de explorări funcţionale, sau se vor dedica problemelor de organizare sanitară. Clinica aduce studentul în mediul lui de lucru şi tot clinica îi dă posibilitatea să-şi însuşească aspectele manuale ale medicinei, de la injecţii şi pansamente, la toate manevrele pe care această profesiune le implică şi pe care mi le-am însuşit nu numai de la corpul didactic sau cadrele medicale superioare dar şi de la surorile medicale. În medicină trebuie să ştii să înveţi de la oricine şi trebuie să ştii să recunoşti ceea ce nu ştii şi să nu-ţi fie ruşine să ceri sfaturi sau ajutor de la alţii, căci e vorba de sănătatea şi, uneori, de viaţa bolnavilor. Lucrurile devin şi mai dificile în condiţii de urgenţă (bombardamente, cutremure, front etc.) unde uneori fiecare minut contează. Am avut tristul privilegiu să cunosc şi aceste aspecte care mi-au oferit o experienţă ce mi-a servit toată viaţa.*

12) În continuarea aceleaşi întrebări, vă rugăm să ne dezvăluiţi care au fost principiile dumneavoastră încă din tinereţe şi cum aţi reuşit să dezvoltaţi o astfel de activitate remarcabilă, multidisciplinară şi de excepţie, să deveniţi un om de ştiinţă emblematic pentru România?

C.B.S.: *Principiul meu a fost foarte simplu. Mi-am dedicat aproape toată vremea învățării şi practicii medicale, iar în restul timpului am fost în special atras de aspectele culturale şi spirituale ale vieții. De asemenea, am dus o viață regulată, fără să pierd nopți sau să mă rătăcesc în vâltoarea unor distracții zgomotoase.*

Trebuie să adaug acum un lucru important. Încă din anul al III-lea am început, sub îndrumarea unor maeştri remarcabili, să mă ocup de cercetarea ştiințifică. Recunosc că nu orice student trebuie să facă cercetare după cum nici orice medic nu trebuie să fie inclus în programe de cercetare. Cei ce fac însă cercetare capătă ceva în plus în afară de renumele pe care pot să şi-l facă, ceva ce îi ajută considerabil nu numai în executarea profesiunii lor. E vorba de ceea ce am putea numi o „disciplină a minții"

13) În încheiere, oferiți-ne câteva sugestii pentru un student la Psihologie.

C.B.S.: *Lucrurile s-au schimbat mult față de situația din tinerețea mea. Au apărut alte repere, alte condiții şi oamenii fug după alte obiective. Tinerii care vor să-şi facă o pregătire temeinică trebuie să muncească mult, să învețe cât mai mult, să-şi îndrepte preocupările şi spre orizonturile culturii, să ducă o viață regulată în care odihna să fie respectată şi să piardă cât mai puțină vreme în spațiul hedonic.*

Prefață

Se spune despre doctori că fac multă şcoală, că învață mult în timpul facultății. E o glumă bună, pentru că de fapt, după ce ai intrat la facultate şi te antrenezi vreo 12 ani cu tematica obligatorie, îți dai seama că poți să te apuci să înveți doar ce îți place. Nu credeți? Hai să vă spun experiența mea: am învățat să operez impecabil, să pun diagnostice în boli rare, să recomand tratamente de ultimă generație, să îmi îndrum pacienții către centre superspecializate când abilitățile mele sunt depăşite. Şi totuşi, lucrurile cele mai importante le-am învățat după ani şi ani de practică, de studiu individual, orientat către domeniile unde am constatat că pregătirea de care am avut parte a fost insuficientă: educația elementară pentru sănătate şi prevenția bolilor, care trebuie să fie baza pregătirii oricărui medic. **Iar educație elementară pentru sănătate fără educație sexuală nu există.**

Organizația Mondială a Sănătății defineşte sănătatea ca stare de bine fizic, psihic şi sexual. Acum e la modă să mâncăm sănătos, să ne mişcăm, să facem sport şi mă bucură mult trendul actual, deşi informația de bună calitate e greu de evidențiat.

Cât despre sex...asta e chiar o poveste întreagă. Cu un substrat ştiințific, desigur.

Mi-am dorit să ştiu mai mult decât recomandările seci oferite pacienților, de repaus sexual după intervenții chirurgicale diverse şi educație sexuală menționată, eventual, în treacăt adolescentelor.

În anul 2000, s-a înfiinţat Asociaţia pentru Medicina Sexualităţii din România şi am urmărit cu interes activitatea lor o bună perioadă de timp. La una din conferinţele organizate la Sibiu, în 2010, mi-a atras atenţia o lucrare a unui tânăr psiholog: *Consumatorii de droguri şi comportamentul sexual*. Un pic prea multă statistică pentru gustul meu, dar bine documentată, serios elaborată, şi cu un mesaj clar. Şi m-am gândit că dacă, aşa crud fiind, e capabil să facă şi să susţină o asemenea lucrare, sigur va avea multe de spus în următorii ani şi trebuie să îi ţin minte numele: Mihai Copăceanu.

Ne-am reîntâlnit întâmplător în 2012 şi m-a întrebat: nu ai vrea să susţii o prezentare pe teme de educaţie sexuală la un liceu în oraş? O ofertă de nerefuzat în condiţiile în care aveam în spate ani buni de practică medicală, unii din ei la cabinetul de planificare familială, şi în care am adunat poveşti nenumărate. Şi de atunci am tot fost în şcoli la invitaţia profesorilor şi le-am vorbit adolescenţilor „**despre sex**" Şi de fiecare dată concluzia din partea elevilor a fost aceeaşi: să mai veniţi, obligatoriu, pe la noi. O activitate punctuală, rară, din păcate, raportată la nevoia reală de educaţie. Abundenţa de materiale informative care includ diverse trimiteri cu caracter sexual, accesibile oricând şi oriunde, nu asigură educaţie.

De fiecare dată când am vorbit în şcoli am avut acordul părinţilor. Există oare un acord al părinţilor şi pentru cei care le abordează copiii pe stradă? Există un cod de conduită pentru pedofilii internauţi?

Părinţii copiilor de azi, împărţiţi între lipsa educaţiei sexuale care le-a marcat adolescenţa şi evoluţia rapidă a tehnologiei dau credit pentru această educaţie şcolii. Teoretic. Pentru că şi aici tot

practica ne omoară. Să vă expun doar câteva cazuri practice:

1 - Fetiţă de 9 ani, însoţită de mama ei, s-a prezentat de urgenţă la un consult, pentru că în timp ce făcea baie, i-a intrat ceva în vagin. I-am scos din vagin o jucărie: un cowboy de plastic nevinovat şi imobil, pe care mama l-a revendicat la plecare. I l-am returnat, cu condiţia să nu îl mai lase să facă baie cu domnişoara. Cel puţin când sunt eu de gardă.

2 - Fetiţă de 11 ani adusă în urgenţă, mama ei susţinând că fetiţa a fost violată de partenerul ei de joacă, de aceeaşi vârstă. Când i-am explicat că îi voi face un consult şi îi voi recolta probe biologice, s-a mai gândit, şi-a luat copilul şi a plecat acasă.

3 - Adolescentă, 16 ani, violată de o cunoştinţă apropiată, refuză să depună plângere la poliţie, de frica unor consecinţe legate de apartenenţa violatorului la „înalta societate"

4 - Adolescentă, 16 ani, gravidă. Singura informaţie primită de la mamă: *nu poţi să faci sex la vârsta asta, nu ai voie.* I-a arătat mamei că poate, chiar dacă nu are voie.

5 - Adolescentă, 19 ani, vine însoţită de mamă la urgenţă, pentru dureri abdominale intense. După 20 minute, diagnosticul e clar pentru toată lumea: băiat sănătos, frumos, gălăgios. Mai puţin pentru mama tinerei, copleşită de vestea că tocmai a devenit, pe neaşteptate, bunică.

6 - Domnişoară, 21 ani, necroză vaginală după aplicare locală de aspirină.

7 - Doamnă, 32 ani, internată la chirurgie pentru o fistulă rectovaginală, dată de un capac de spray rămas în vagin.

8 - Doamnă, 34 ani, intră la consult în cabinet împreună cu mama ei care începe să povestească ce

probleme în activitatea sexuală are fiica ei. Menționez că nici una din cele două nu avea deficiență de auz sau de comunicare.

9 - Doamnă, 35 ani, căsătorită de 5 ani, dorește investigații pentru infertilitate. Consultul ginecologic: *virgo intacta*. Adică nu a avut contact sexual vaginal.

10 - Doamnă, 40 ani, ruptură vaginală prin traumatism mecanic.

11 - Doamnă, 45 ani, vine la consult pentru că nu se mai simte atrasă de partenerul ei şi nu mai are orgasm.

Toate acestea sunt doar câteva din cazurile care îmi vin în minte. Dacă ar fi beneficiat de o educație sexuală corespunzătoare, majoritatea acestor cazuri s-ar fi rezolvat fără ajutorul meu.

Ce e de făcut? Avem nevoie de educație?

Când începem educația sexuală? Cine e abilitat să o facă?

Cine poate evalua cât ne costă această lipsă de informare şi de educație?

Trăim în România şi asta ne face viața frumoasă şi interesantă dar nu e suficient.

Avem nevoie de un reper de normalitate, avem nevoie de un sistem de referință pe care acum îl pune în fața noastră cu discernământ şi responsabilitate, prin această carte, Mihai Copăceanu. Nu e o lectură facilă, e o carte pe care am parcurs-o cu creionul în mână, întrebându-mă de ce nu am avut norocul de a citi un curs cu un asemenea conținut, în primul an de facultate.

Înțelegi citind-o ce subțire e granița dintre normal şi patologic, că un impuls nepotrivit te poate îndruma pe o cale greşită, dar că există soluții care te pot ajuta să depăşeşti obstacolele, înțelegi că cei

din jurul tău sunt diferiți și că diversele lor forme de manifestare sunt strigăte de ajutor neștiute și neglijate, cu rădăcini adânci.

O carte pentru părinții care își iubesc copiii și care doresc să îi înțeleagă, să îi ajute și care sunt înainte de toate „părinți" și nu „procurori", pentru copiii de toate vârstele care dau de gustul libertății și care, înainte de a pica în capcana unei adicții, oricare ar fi aceea, au șansa de a-i afla prețul corect, o carte pentru aceia care vor și pot să aducă un plus de valoare în viața cuiva.

În primul rând, în viața lor.

Un abecedar al adicțiilor în care vedeta, adicția sexuală, ne atrage pe toți în mrejele ei cu promisiunea că ni se dezvăluie. Și o vedem cum șade dezinvoltă pe tomuri de statistici și circuite anatomice uitându-se la noi, studenți, psihologi, medici, profesori, oameni de rând, etalându-și ușor, metronomic, oferta.

Suficient? Da, ca să ne deschidă apetitul.

O carte cu un obligatoriu: va urma...

Dr. ***Elena Ucenic***

Medic primar obstetrică-ginecologie la „Pan Medical" și la „Polisano" Sibiu; implicată activ în educarea copiilor și adolescenților, susținând prezentări în școli și licee.

Introducere

Cazul A

Într-o dimineață de vară, îmi sună telefonul şi o voce plăcută mă întreabă direct:

Domnule psiholog, am văzut pe blog că sunteți specializat în adicții, vă ocupați şi de alte tipuri de adicții, fără droguri?

Da, dar să vedem, despre ce este vorba?

Aş prefera să stabilim o întâlnire în cadrul căreia să vă ofer detalii.

La prima şedință întâlnesc o doamnă trecută de 40 de ani, cu gesturi pline de senzualitate, îmbrăcată deosebit de elegant, cu un parfum fin de iasomie, tocuri înalte, telefon şi poşetă de lux, care tocmai şi-a aruncat țigareta în scrumiera de la uşă şi a intrat în cabinet fără să-şi ridice ochelarii de soare.

Pot intra?

Bună ziua, vă rog!

După câteva întrebări protocolare îmi spune răspicat:

Ştiți, îmi iubesc foarte mult soțul. Suntem căsătoriți de aproape 10 ani, el este un domn foarte bogat din oraş, respectabil, inteligent, nu îi dau numele, avem şi un copil împreună, doar că de amant nu mă pot despărți. Duc o relație de dependență pur sexuală, de pasiune nebună, de aproape 2 ani. Ne vedem pe ascuns aproape zilnic. E un chin. Vă rog să mă ajutați.

Cazul B

O doamnă, medic, de 37 de ani, a fost căsătorită timp de 13 ani. Chiar şi în acea zi în care s-a căsătorit, a avut o aventură. Modelul ei neobişnuit era să aibă doi sau trei parteneri în paralel. În şedinţele de terapie, terapeutul ei a propus abordarea relaţiilor de tip compulsiv, dar ea a respins abordarea terapeutului spunând că problema era căsătoria ei. Apoi a descoperit Internetul şi videochatul. În timp ce soţul dormea, ea se angaja în mod repetat în conversaţii romantice, sexuale, cu mai mulţi bărbaţi simultan, pe tot parcursul nopţii. Conversaţiile romanice au escaladat la sexul prin telefon, iar sexul la telefon a condus la întâlnirea cu mai mulţi bărbaţi în diverse hoteluri. În cele din urmă, a fost găsită bătută şi lăsată aproape moartă într-o cameră de hotel de către un bărbat pe care l-a întâlnit prin Internet (adaptat după Carnes, 2000).

Cazul C

Maria este o femeie căsătorită, în vârstă de 28 de ani, cu doi copii mici, care solicită o consultaţie privind situaţia ei de cuplu şi comportamentul soţului, George (mai mare cu 9 ani). Descoperise de ceva timp că George navighează pe site-uri porno pe laptopul său. I-a spus că a aflat şi el a devenit agitat, nervos, defensiv şi a acuzat-o că i-a umblat în calculator, încălcându-i intimitatea. Când i-a propus să meargă împreună la terapie, el a refuzat. Nu ştie cât timp petrece vizitând site-urilor porno, dar a văzut că are o listă cu site-urile pe care le vizitează. Într-o zi, când s-a uitat pe site-uri, a rămas şocată şi dezgustată de videoclipurile văzute, dintre care unele implicau sexul homosexual. A recunoscut că a fost mult timp îngrijorată de viaţa lor sexuală diminuată şi de deconectarea emoţională pe

care o simțea. Acum, Maria este confuză și speriată de ceea ce ar putea însemna aceasta pentru sexualitatea soțului ei și se îngrijorează despre viitorul relației lor. Ar dori să fie ajutată să-și înțeleagă sentimentele și să elaboreze un plan de a aborda acest lucru cu George (adaptat după Pollets, 2008).

Cazul D

Radu are 24 de ani și locuiește împreună cu prietena lui, Teodora, de aproximativ 5 ani. Are o dorință sexuală „nesănătoasă" pentru adolescente minore. Vine la terapie pentru a se vindeca de acest interes sexual. Petrece în secret 3-8 ore pe săptămână, uitându-se pe Internet la imagini cu minore. Recunoaște că comportamentul lui a afectat relația sa de cuplu și viața sexuală. Este extrem de ambivalent cu privire la relație, dar nu a vorbit deschis cu Teodora despre sentimentele sale. Recunoaște că a evitat contactul sexual cu Teodora, dar și că a avut dificultăți de a merge singur la sala de fitness sau în alte locuri publice. Radu afirmă că starea lui de spirit este mai deprimată și că este îngrijorat de faptul că s-a aflat despre comportametul său. Se simte vinovat și rușinat.

Sunt doar patru cazuri care ne introduc deja în problematica complexă a sexualității, cazuri care ajung în cabinetul psihoterapeutului, nu de fiecare dată într-o manieră directă și limpede. Deci, despre fenomenul adicției sexuale ne vom ocupa în paginile următoare.

Gânditorul italian Julius Evola definea sexul ca pe „cea mai mare forță magică a naturii"; în el acționează un impuls care prefigurează misterul Unului, chiar dacă aproape totul, în relațiile dintre

bărbat şi femeie, se degradează în îmbrăţişări animalice, se descompune şi se risipeşte în sentimentalisme fade şi idealizante sau în regimul domesticit al legăturilor conjugale socialmente autorizate. Şi totuşi, dacă în existenţa obişnuită se manifestă involuntar un reflex al unei transcendenţe trăite, asta se întâmplă prin sex şi, când e vorba de omul comun, se întâmplă numai prin sex (Evola, 2002).

Dacă vorbim doar de tineri, sexualitatea ocupă un loc important în viaţa adolescenţilor, fiind o „cale de autoafirmare şi confirmare în rolul de sex, aşa se explică de ce eşecul de la începutul vieţii sexuale se înrădăcinează la nivel psihologic" (Mitrofan, 2002, p. 144).

Am oferit aceste două citate pentru a încerca încă de la început a înţelege cât de complex, vast, puţin desluşit este domeniul sexualităţii şi ce importanţă are pentru om. Trăim într-o societate profund marcată de rigorile unei tradiţii religioase, precum România. Discuţia despre sexualitatea umană este încă un tabu. Reticenţa unei părţi însemnate a societăţii de a accepta dezbaterea despre sexualitatea umană, în toate formele ei şi mai ales de a educa copiii şi tinerii este încă o problemă a României mileniului al III-lea, bineînţeles cu grave efecte asupra sănătăţii populaţiei dar şi a vieţii şi integrităţii, după cum vom citi în partea finală.

Este foarte adevărat că în aceste timpuri se constată o pornografie excesivă, nemaiîntâlnită de-a lungul omenirii, deseori chiar agresivă, în toate locurile publice şi pe toate canalele informaţionale. Au dispărut decenţa şi pudoarea, iar intimitatea corporală este dezvăluită ca un bun comun, public. Evola afirmă că femeia e prezentată sub mii de forme pentru a-l atrage şi intoxica fără încetare, din punct

de vedere sexual, pe bărbat (Evola, 2002, p. 35). Dar mai grav, avem nu doar femei, ci ne confruntăm cu o exploatare şi o explozie a pornografiei infantile, folosind mijloacele Internetului, social media şi tehnologiei moderne, o creştere necontrolată a site-urilor cu risc, apare şantajul online, conturi cu profile false, trafic de produse pornografice online, cărora le cad pradă minorii. Un raport al Organizaţiei Salvaţi Copiii, din 2017, ne demonstra că numărul cazurilor de pornografie infantilă s-au dublat faţă de anul 2016, cele mai multe victime fiind sub 10 ani şi de sex feminin.

Cifrele variază de la o ţară la alta, de la utilizatori la utilizatori, însă Internetul a făcut ca totuşi să nu mai existe graniţe între ţări şi între utilizatori. În America există o producţie foarte mare de pornografie; conform unelor estimări un film porno se produce la fiecare 39 de minute.

În acest context devine sugestiv modul în care ne gestionăm propriul comportament sexual, modul în care ne protejăm propria integritate şi modul în care părinţii îşi protejează copiii. Constatările personale din ultimii ani, literatura de specialitate, cazurile grave prezentate în presă, mi-au confirmat faptul că există o preocupare excesivă a oamenilor inclusiv pentru sexualitatea de tip deviant. Ne-am întâlnit cu fenomene sociale grave, în sensul toleranţei faţă de violatori, concomitent cu condamnarea victimei, aşa cum a fost cazul violului de la Vaslui, unde în 2015, 7 tineri au violat o elevă, iar comunitatea se împărţise în două: unii care condamnau tinerii şi alţii care acuzau victima.

Începând de la vârsta copilăriei, chiar mai înainte, micile făpturi umane sunt interesate de tot ce înseamnă descoperirea sexualităţii. Freud însuşi insista asupra resorturilor psihice ale sexualităţii micii fiinţe, din primul an de viaţă. Sexualitatea

interesează şi stârneşte curiozităţi, sexualitatea proprie şi sexualitatea celorlalţi, persoane de acelaşi sex sau diferit. Sunt interesaţi nu doar din proprie iniţiativă, ci pentru că există o piaţă nemărginită care oferă astfel de conţinuturi, de cele mai multe ori, după cum spuneam, imposibil de monitorizat încă de la cele mai mici vârste. Copiii, adolescenţii, adulţii şi chiar şi vârstnicii, prezintă curiozitate şi preocupări pentru sexualitate, în ciuda faptului că la cei din urmă biologicul îşi impune amprenta într-un mod considerabil.

Dintr-o interogaţie veche (dar mereu actuală) şi mai mult dintr-o curiozitate personală faţă de preocuparea acestora, întâlnind cazuri în şcoli, în instituţii, în centre ale statului, la cabinet, a ieşit decizia studierii acestei problematici. **Poate deveni sexualitatea o activitate care să ne cauzeze prejudicii şi să ne afecteze echilibrul psihoemoţional şi funcţionarea socială? De unde începe tulburarea de tip dependenţă sexuală şi cât este doar interes ridicat, neproblematic sau pasiune sănătoasă?** Expertul american Carnes, pe care îl voi aminti repetat, susţine că, deşi sexul se află în centrul identităţii noastre când devine o compulsiune, el ne poate ruina viaţa.

Comportamentul sexual este un comportament complex şi nu uşor de definit, necesitând o abordare inter-, pluri-, şi transdisciplinară. Comportamentul sexual compulsiv a primit atenţia specialiştilor din diverse domenii din medicină, psihiatrie, sexologie, sociologie, antropologie, neuroştiinţe, drept sau psihologie. Abordările multidisciplinare, interdisciplinare şi transdisciplinare câştigă teren în ultimii ani.

Publicarea, în 1983, a cărţii *„Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction"* de către dr. Patrick

Carnes (pionier şi unul dintre cei mai apreciaţi specialişti în tratamentul dependenţei de sex), a marcat paşi importanţi pentru recunoaşterea şi definirea fenomenului cunoscut sub numele de **adicţie sexuală**. De atunci, cartea a fost revizuită şi actualizată pentru a include cele mai recente cercetări şi pentru a aborda fenomenul dependenţei de cybersex.

Odată cu utilizarea zi şi noapte, abuzivă, compulsivă, în exces a Internetului, acesta ne-a propus şi ne-a facilitat noi tipuri de dependenţe, nu doar cea de Internet în sine, de tehnologie, de jocuri sau site-uri de socializare, cât de site-urile care pot fi accesate, în ceea ce priveşte conţinutul lor sexual şi pornografic, vulgar şi pervers.

Pare surprinzător, dar la începutul anilor 1990, National Institute of Health din America a definit sexual addiction ca fiind una dintre priorităţiile acestei instituţii, şi vorbim totuşi de o instituţie cu peste 20.000 de angajaţi şi cu un buget, în 2018, de aproximativ 37 de miliarde de dolari. S-a estimat că în S.U.A. la acea vreme existau mai mult de 15 milioane de americani care se confruntau cu această tulburare. Bineînţeles că pe parcursul anilor, numărul a crescut semnificativ. Astfel, conform National Association of Sexual Addiction Problems, acum sunt mai mult de 21.5 milioane de persoane dependente (un procent de peste 8% din populaţia Americii). Cercetările au arătat că în rândul studenţilor cifra este mult mai mare, şi anume peste 30% dintre studenţi erau dependenţi de sex (Erich Griffin-Shelley, 1991, p. 63). Date despre români încă nu avem.

Tulburarea denumită „sexual addiction" sau adicţie sexuală (dependenţă de sex) reprezintă o temă inedită de cercetare concomitent cu dezvolta-

rea unor metode terapeutice efeciente, centrate pe această problematică. Se împlinesc mai bine de 30 de ani de când specialiştii americani, cercetători, au luat în seamă fenomenul cu pricina. În România, situaţia este încă nesigură, numărul specialiştilor cu competenţe în tratarea adicţiei sexuale fiind extrem de redus. De altfel şi numărul pacienţilor care recunosc şi solicită ajutor. De fapt, o altă problemă a societăţii este lipsa unor servicii specializate, a unor clinici centrate pe terapia tulburărilor sexuale care să promoveze sănătatea vieţii sexuale.

Primele studii, la începutul anilor '80 au fost oarecum incomplete, iar mai apoi de îndată ce fenomenul a început să capete amploare, s-a impus şi studierea din mai multe perspective, astfel încât să se realizeze o viziune de ansamblu şi unitară a dependenţei de sex. Rând pe rând, şi în ţările din Europa (Marea Britanie, Franţa, Italia) iminenţa cercetării adicţiei sexuale n-a încetat să apară.

În Italia, în 2004, L'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS) a propus o cercetare pe plan naţional pentru a măsura dependenţa de sex. Instrumentul care s-a folosit nu a fost binecunoscutul test SAST (Sexual Addiction Screening Test) elaborat de Carnes, deoarece s-a considerat a fi neadecvat pentru dependenţa de sex în Italia, şi în consecinţă s-a creat un chestionar specific de către dr. Franco Avenia: Sexual Addiction Inventory (SAI/2). Rezultatele au arătat că din 1.046 de subiecţi, 6% erau dependenţi de sex, cei mai mulţi fiind bărbaţi (54%), cu o vârstă cuprinsă între 26 şi 35 de ani şi cu studii medii.

Medicii cu specializare în psihiatrie, psihologii, psihoterapeuţii, neurologii, sociologii şi sexologii, cu toţii s-au preocupat alarmant îndeaproape de acest fenomen. Fiecare dintre aceştia au recunoscut imi-

nența studierii serioase şi în profunzime, chiar dacă prea puține dintre persoanele ce prezentau semnele tulburării de acest gen s-au prezentat să solicite sprijin de specialitate, uneori prezentându-se la cabinetul medical sau la cabinetul de psihoterapie cu alte obiective. În cadrul conferințelor europene, internaționale şi naționale în domeniul medicinei sexualității, profesioniştii au abordat diferite aspecte ale fenomenului, estimând că numărul celor afectați este mult mai mare, însă, ca şi în cazul altor tulburări, numărul este subraportat, estimările variind de la o țară la alta. În România, deşi am aderat la organizațiile transatlantice, iar comunitatea europeană ne-a permis să i ne alăturăm în 2007, încă sunt multe lucruri nerânduite şi necercetate. Ministerul Sănătății are multe deficiențe, Colegiul Psihologilor are alte probleme de abordat, Universitățile au prioritățile lor, astfel că a rămas în sarcina unor institute ori organizații private să educe populația.

Aşa se întâmplă că „sexual addiction" rămâne pentru specialiştii români nu doar o simplă noutate, ci şi un domeniu de care nu au habar, iar unii nici nu vor să dea crezare existenței dependenței de sex. Cât priveşte formarea psihoterapeuților în terapia dependenței de sex, asta reprezintă o altă problemă.

Personal, sunt realmente convins de faptul că nu peste mulți ani, la uşa cabinetelor de psihoterapie vor suna şi adictivii sexuali, persoane ce nu-şi pot continua viața într-o manieră normală, fiind obsedați de sex, persoane ce suferă disfuncții familiale, au fost date afară de la serviciu, ce nu mai pot să-şi creeze o carieră, părăsiți de familie şi evitați de prietenii din cauza manifestărilor impulsurilor sexuale sau pur şi simplu care nu pot menține o relație de fidelitate şi se angajează în com-

portamente sexuale compulsive, în afara relației, cu mai mulți parteneri. În primă fază, în țările civilizate s-au creat asociații care strângeau laolaltă un anume tip de pacienți, preluând modelul alcoolicilor anonimi. S-au creat instituții de cercetare, s-au creat specializări şi reviste de specialitate pentru o înțelegere pertinentă a problematicii în cauză care să conducă la terapii eficiente. Deci modelul a fost cel al Alcoolicilor Anonimi, Sex Addicts Anonymous fiind programul de grup care respectă programul de recuperare - cei 12 paşi.

Adicția este o tulburare cronică complexă. Cercetările au demonstrat că de obicei apare în adolescență deoarece este perioada în care creierul este într-o permanentă schimbare. Cortextul prefrontal, localizat chiar în spatele frunții, care guvernează funcțiile corespunzătoare cu raționalizarea şi luarea deciziilor este cea din urmă parte a creierului care se dezvoltă (Nora D. Volkow, 2006, p. 18). Acest fapt poate oferi explicații care să ne îndemne să înțelegem de ce dintre persoanele adictive majoritatea au avut un debut în perioada adolescenței. Bineînțeles că nu trebuie să punem totul pe seama neurobiologiei. Adolescența este perioada cea mai instabilă din viață, când adolescenții pot fi foarte uşor influențați. Astăzi familia nu mai reprezintă un reper, adolescenții preiau modele de comportament sexual din mass media sau anturaj. Televiziunea, prin emisiuni, clipuri publicitare sau filme afişează şi propune modele care sunt adoptate de tineri. Sunt cercetări care evaluează influența modelelor asupra tinerilor. De exemplu, un tânăr care urmăreşte filme unde personajul principal fumează are un risc de 16 ori mai mare de a fuma.

Sexualitatea adolescenților nu este încă încheiată. Ea trebuie integrată în cadrul personalității cu

mare precauție, pentru că de modul în care sexualitatea este integrată va depinde echilibrul și funcționarea psihoemoțională a persoanei adulte. Experiențele au un rol marcant pentru adolescenți. Ele pot provoca conflicte și pot lăsa urme de neșters. De aceea prevenția și intervenția sunt de succes când sunt făcute cât mai timpuriu, pentru că creierul, fiind în dezvoltare, este mult mai receptiv la intervenții.

Viața sexuală a societăților moderne trece prin transformări importante, care afectează viața emoțională a celor mai mulți dintre noi. Schimbările din economie dar și din celelalte ramuri înrudite pot provoca relații cauzale cu schimbări în sfera sexualității, în gelozia maritală, în rolul de gen dar și în ideologiile sexuale (Reiss, 1986, p. 217).

Cercetările au arătat o serie de factori de risc ce conduc la adicție: tulburări de conduită, tulburări emoționale, abuz fizic sau sexual, comportament agresiv, probleme la școală, abilități sociale scăzute, relație defectuoasă cu părinții. Știm aceste lucruri și totuși problematica adicției sexuale nu este rezolvată în totalitate. Pentru că sexualitatea este un fenomen complex va mai rămâne loc deschis noilor cercetări pentru elucidarea misterelor ființei umane în scopul perpetuării unei condiții umane sănătoase bio-psiho-social.

Astfel, astăzi psihologia cu greu mai poate ignora rezultatele antropologiei, neuroștiințelor, medicinei ori științelor comunicării. Avem nevoie de raportarea la o psihologie care să analizeze implicațiile morale, etice, sociale și politice ale teoriilor și practicilor psihologice. Cu alte cuvinte, obiectivul psihologiei nu poate fi eminamente de cercetare și psihoterapie ci și de a promova emanciparea societății. Cu toate acestea, parcă prea des vedem psihologi care își dau cu părerea, speculând sau chiar

făcâd erori grave în presa scrisă, pe Internet, la televiziune sau la radio.

Mi-am propus, în paginile următoare, să ating cel puțin trei obiective:

1) să înțelegem printr-un demers comprehensibil fenomenul adicției sexuale bazându-ne pe literatura de specialitate existentă, să afirmăm că adicția sexuală este o tulburare, chiar dacă nu a fost introdusă în ultimul manual de diagnostic american al tulburărilor mentale, DSM V;

2) să identificăm conținutul psihologic al fenomenului şi al modului în care adicția sexuală se poate transforma din obiect al demersului ştiințific în obiect al psihoterapiei, modul în care sexul se transformă din pasiune în obsesie, din componentă a calității vieții în povară;

3) să atragem atenția asupra efectelor negative ale ignoranței comportamentului sexual, a lipsei educație sexuale din şcoli, a nevoii de cunoaştere, îndrumare şi, în funcție de caz, de psihoterapie.

Cu alte cuvinte am în vedere modul în care un psiholog poate interveni specializat în tratamentul unei persoane cu adicție sexuală sau care îşi face probleme pentru viața sa, şi modul în care noi ca parte a unei comunități reacționăm la problemele majore de sănătate publică, şi de ce nu, modul în care - prieten fiind - observ dificultatea ta şi te susțin şi te îndrum către psihoterapie.

Capitolul 1

SEXUALITATEA UMANĂ

Repere istorice

Filosoful Michel Foucault (1926-1984) susținea că din punct de vedere istoric au existat două atitudini față sex, şi anume:

1. *Ars erotica* cea care pune accentul pe plăcerea considerată ca o practică, o experiență ce duce la un tip anume de cunoaştere secretă, intimă. Efectele acesteia constau în stăpânirea absolută asupra trupului, în voluptate, uitare a timpului şi a limitelor sale şi în alungarea perspectivei morții;

2. *Scientia sexualis* cea care apare ulterior, ca o replică la cea dintâi. Scientia sexualis derivă din „ritualurile de mărturisire" impuse de anumite culturi religioase ce au ca scop controlul comportamentului sexual. În acest sens se desprind două momente: momentul religios, legat de mărturisirea comportamentului sexual ca păcat, în raport cu prescripțiile moralei creştine şi momentul medical, constând în mărturisirea comportamentului sexual ca „perversitate", ca boală în raport cu cadrul normalității medicale (Enăchescu, 2003, p. 24).

Filosoful, din fericire, nu a trăit în epoca Internetului impregnat de pornografie pentru a avea o abordare suplimentară asupra sexualității. Despre sexualitate s-a vorbit dintotdeauna, pentru că sexua-

litatea încă de la începutul lumii a fost o componentă a naturii umane. În înțelegere creştină, autorii patristici considerau sexualitatea ca fiind o urmare a izgonirii lui Adam din Paradis, dar aceasta rămâne o altă discuție. Eliade, istoricul religiei, studiind cele mai primitive forme tribale a observat că sexualitatea, alături de hrană şi muncă avea o valoare sacramentală.

Nu mai departe, în civilizația egipteană activitatea sexuală era sacră, expresie a culturii fertilității. Prostituția era larg răspândită, iar adulterul interzis, deşi mulți dintre soți îşi înşelau soțiile, existând numeroase probleme legate de moştenire, mai ales în rândul clasei sociale superioare.

La vechii israeliți, religia avea un rol deosebit de important în organizarea societății, potrivit principiului teocrației, astfel că era acordată o mare atenție căsătoriei, conform prevederilor din Talmud (Mişna şi Ghemara). Erau pedepsite masturbarea, homosexualitatea şi adulterul, chiar prin pedepse capitale (în cazul adulterului - lapidarea). Femeia era considerată inferioară şi supusă bărbatului. Şi astăzi avem preoți creştini care condamnă masturbarea şi care consideră bărbatul superior femeii.

În Orientul Antic amorul era reprezentat de o zeiță cu numele Venus (în Grecia, Afrodita), fiica lui Jupiter. În templele dedicate zeiței slujeau preotese frumoase care practicau prostituția sacră. Zeii înşişi erau antrenați în diverse aventuri amoroase, practicând diverse orgii. Grecia era țara în care poligamia ori homosexualitatea (chiar în rândul regilor sau filosofilor) erau practicate, considerate ca o sexualitate normală, iar prostituția era permisă în cetăți, mai ales în cele de pe marginea mării, unde marinarii îşi risipeau aurul agonisit în schimbul unor clipe de plăcere.

În acest sens, redau mărturisirea filosofului şi istoricului Foucault cu referire la homosexualitatea din Grecia Antică, menționând exemplul lui Alcibiade: „Grecii nu puneau în opoziție ca două opțiuni exclusive, ca două tipuri de comportamente radical diferite, dragostea față de partenerul de propriul sex şi cea față de partenerul de sex opus. Când i se reproşează lui Alcibiade că e desfrânat, reproşul nu viza în sine nici relațiile cu femeile, nici cele cu bărbații, ci i se reproşa faptul că în adolescență ademenea şi îi îndepărta pe bărbați de la soțiile lor" (Foucault, 2001, p. 179-180 şi Diogene Laertios, *Vie des Philosophes, IV, 7, 49*). Însuşi cuvântul Eros apărea pretutindeni şi avea un caracter pragmatic, era dezbătut în piețele publice, dar şi în scrierile filosofice ori în poemele homerice: izvor de Eros poate fi sunetul lirei, glasul unui cor de tineri, melodia flautelor sau cântul poetului (Calame, 2004, p. 48).

Pentru Aristotel, sexul exista în scopul generării, pe care el îl considera un caz paradigmatic al devenirii, al schimbării în prima categorie a ființei. Dacă femeia era cea care asigură materia (prin sângele menstrual), rolul eficient era destinat bărbatului, el era cel care generează, sau aşa cum afirma: bărbatul e cel care are capacitatea de a oferi sufletul sensibil, fără de care materia nu are viață; în timp ce trupul provine de la femelă, sufletul provine de la mascul (Lacquer, 1998, p. 34).

Ajungem în perioada Evului Mediu, care a schimbat concepțiile şi moravurile despre sexualitate. O explicație este şi faptul că morala se baza în mare măsură pe preceptele religioase, astfel încât Biserica deținea nu doar prestigiu, ci şi putere asupra oamenilor. Evident, activitatea sexuală era admisă doar cu scopul procreării, iar practicile homose-

xuale sau adulterul erau interzise şi pedepsite drastic. În Franţa, Şcoala de Drept din Orlèans a publicat un cod de legi care prevedea pedepsirea prin castrare pentru prima greşeală, tăierea unui membru pentru a doua greşeală şi arderea pe rug pentru a treia greşeală (Pârvu şi colab. 2000, p. 18).

Trecând de la istorie la cercetare trebuie subliniat că preocupările pentru domeniul sexologiei sunt foarte vechi. Încă din perioada Renaşterii (perioada preştiinţifică) au existat preocupări de ordin biologic, odată cu descoperirea corpului uman şi cu primele disecţii. Rămâne de reţinut frontispiciul lucrării lui Andreas Vesalius, *De humani corporis fabrica* (1543), care prezenta o scenă de disecţie din secolul al XVI-lea, un fel de prim atlas de anatomie în care erau expuse, pe lângă muşchi şi oase, inclusiv organele genitale, ceea ce nu a plăcut foarte mult Biserii Catolice.

Numele lui Leonardo da Vinci (1452-1519) râmâne de neegalat nu doar în domeniul ştiinţei, al astronomiei sau al fizicii, dar şi în cercetările asupra corpului uman (de exemplu, izomorfismul dintre uter şi scrot). Cel care, după două milenii, îi va contrazice pe Galenus (personaj remarcabil pentru istoria anatomiei umane, el pledând pentru o similitudine între aparatul genital masculin şi cel feminin: organele genitale feminine sunt identice cu cele masculine, cu singura excepţie că sunt răsturnate) şi pe Aristotel, va fi fizicianul englez William Harvey (1578-1657) care a descoperit rolul central al inimii în circulaţia sângelui, organul care pompează sânge (245 l sânge/h) în vene, artere şi extremităţile corpului *(Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in animalibus)*. Secolele următoare au fost marcate de alte nume precum Buffon, De Graaf, Lamark sau Darwin.

Începând cu secolul al XIX-lea, perioada romantismului pune echilibru formelor clasice în favoarea libertății şi fanteziei. Romantismul înlocuieşte raționalul din sexualitate cu emoția şi instinctul. Bărbatul şi femeia devin egali, iar căsătoria se bazează pe dragostea reciprocă. Se militează pentru libertatea dragostei, pentru permisivitatea activităților sexuale înainte de căsătorie, cât şi extraconjugale (Pârvu şi colab. 2000, p. 21).

Perioada ştiințifică a fost inaugurată de studiile clinice ale lui Jean Martin Charcot, iar primele observații medicale asupra patologiei sexuale sunt datorate psihiatrului Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) - prin lucrarea *Psychopatia Sexualis* din 1886, lui Moll, Raffalovith sau Näcke. Pornind de la studierea corpului uman, de la fiziologie s-a ajuns treptat la studierea dinamicii sexualității, a conduitelor sexuale sub aspect bio-psiho-social, insistându-se asupra primelor măsuri de educație, de igienă şi psihoprofilaxie (Enăchescu, 2003, p. 26).

Psihanalistul Sigmund Freud (1856-1939), respectând aceeaşi linie iluministă este cel care, în ciuda multor critici, inclusiv astăzi, ridică vălul necunoaşterii şi abordează problematica sexualității într-un mod cu totul inedit, nou, revoltător, contrar moralei victoriene care era recunoscută pentru severitatea sa față de viața simțurilor şi avea la bază aceeaşi concepție comună, potrivit căreia sexualitatea aparține unanim adultului şi este orientată spre reproducere (Zamfirescu, 2007, p. 206). Foucault susține că până la Freud discursul despre sexualitate, discursul savanților şi cel teoretic, ar fi ocultat fără încetare tocmai ceea ce constituia obiectul discursului. Era o ştiință subordonată esențialmente imperativelor unei morale ale cărei reguli le-a repetat mereu şi mereu, sub forma normelor medicale (Foucault, 2001, p. 53).

Medicul vienez îşi expune o parte din observaţii în lucrarea *Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii* (1905) afirmând cu seriozitate că sexualitatea umană este prezentă şi activă nu doar odată cu instalarea pubertăţii şi nu doar în cazul adultului, ci şi la copilul nou-născut. O viziune neacceptată nici astăzi de mulţi dintre autorii antifreudieni. Sexualitatea infantilă are ca finalitate obţinerea plăcerii (autoerotică) şi îşi atinge scopul prin excitarea anumitor zone erogene (de unde şi denumirea stadiilor dezvoltării psihosexuale: oral, anal, falic, latent, genital): *scopul sexual al pulsiunii infantile constă în a provoca satisfacţie prin excitarea adecvată a uneia sau alteia din zonele alese* (Freud, 1905, p. 80).

Havelock Ellis (1859-1939), sexolog britanic, se remarcă prin multitudinea de studii asupra comportamentului sexual normal şi patologic. El a propus o viziune comprehensibilă ca necesitate pentru a înţelege procesele biologice ale sexualităţii exprimate prin fenomene specifice manifestate la nivel psihic (Ellis, 1963, p. 20).

Când Alfred Kinsey şi-a început cercetările în Statele Unite, în anii '50, era prima investigaţie importantă asupra comportamentului sexual uman. Cu toate că cercetările sale au fost catalogate ca fiind imorale şi criticate aspru în ziarele vremii, dar şi în Congresul american, Kinsey nu s-a oprit şi a ajuns să chestioneze peste optsprezece mii de persoane. Rezultatele lui Kinsey au surprins şi au şocat, deoarece relevau existenţa unei mari diferenţe între aşteptările publicului referitor la comportamentul sexual predominant în acea vreme şi comportamentul sexual real. El a descoperit că aproape 70% dintre bărbaţi frecventaseră prostituate şi 84% avuseseră experienţe sexuale premaritale. Totuşi, 40% dintre bărbaţi doreau ca soţiile lor să fie vir-

gine în ziua căsătoriei. Peste 90% dintre bărbaţi practicaseră masturbarea şi aproape 60% o formă sau alta de activitate sexuală orală. În rândul femeilor, aproximativ 50% au avut experienţe sexuale premaritale, deşi majoritatea cu viitorul lor soţ. 60% dintre femei se masturbaseră şi acelaşi procent au declarat că au avut contacte sexuale normale şi orale (Giddens, p. 115). Cum diferă aceste date de cele de astăzi şi cum ar răspunde românii la aceste întrebări rămâne o temă de cercetat. Am suspiciuni că cifrele vor fi mult mai ridicate şi de la vârste mult mai mici.

Helen Singer Kaplan (1929-1995), pionier în domeniul terapiei sexuale şi fondatoare a primei clinici pentru tratamentul disfuncţiilor sexuale „Human Sexuality Program at The Payne Whitney Clinic", face eforturi în combinarea unor tehnici din psihanaliză cu cele ale metodei comportamentale cu o distincţie clară între terapia sexuală şi terapia psihosexuală.

Tot în aceeşi periodă s-au remarcat - şi chiar au colaborat cu Kaplan -, William Masters şi Virginia E. Johnson, cunoscuţi sub numele de Masters şi Johnson. Ei sunt pionieri în cercetările în principal asupra răspunsului sexual uman, a diagnosticului şi a tratamentului tulburărilor sexuale şi a disfuncţiilor sexuale. Lucrările lor sunt cunoscute în întrega lume şi merită a fi studiate.

În anii '60 se produc alte schimbări prin apariţia mişcărilor sociale care se credea că ameninţau societatea, ordinea existentă, cum ar fi mişcarea tinerilor „hippy" (muzică rock, droguri, sex). Aceste mişcări, prin modul de viaţă diferit, au renunţat la normele sexuale existente, militând pentru libertatea sexuală. Un fapt, esenţialul îl reprezintă apariţia pilulei contraceptive, care a permis ca plăcerea sexuală să fie clar limitată de reproducere.

Trebuie precizat că la sfârşitul anilor '80, un alt cercetător, Lillian Rubin, a intervievat o mie de americani între 13 şi 48 de ani cu scopul de a descoperi ce schimbări au avut loc în comportamentul sexual şi în atitudinile sexuale ale ultimilor 30 de ani. Conform rezultatelor sale au existat realmente modificări semnificative. Prin urmare, debutul activităţii sexuale se manifesta cu câţiva ani mai devreme decât în trecut, iar practicile sexuale au început să fie din ce în ce mai variate. Una dintre cele mai importante schimbări era aceea că femeile ajunseseră să pretindă şi să urmărească doar obţinerea plăcerii sexuale în relaţiile lor. Ele aşteptau şi să primească, nu numai să ofere, fenomen despre care Rubin susţinea că are consecinţe majore pentru ambele sexe. Femeile se simt mai libere astăzi şi duc o politică de afirmare a sexualităţii, ceea ce pe bărbaţi îi nelinişteşte, astfel încât afirmă că este imposibil să mai satisfaci o femeie. Dacă, în societăţile anterioare, bărbaţii erau cei care dominau, acum ei se simt nelalocul lor, afirma Rubin.

În 1994, o echipă de cercetători publica lucrarea *Organizarea socială a sexualităţii: practici sexuale în Statele Unite*, cel mai cuprinzător studiu asupra comportamentului sexual din toată ţările după Kinsey. Această lucrare prezenta un conservatorism sexual esenţial printre americani. 83% dintre subiecţi au avut doar un partener în cursul anului precedent, o cifră puţin surprinzătoare în situaţia în care dintre cei intervievaţi majoritatea erau căsătoriţi (95%). În ceea ce priveşte fidelitatea soţilor, 10% dintre femei şi 25% dintre bărbaţi au mărturisit că au avut o relaţie extraconjugală. Conform acestui studiu, americanii nu aveau mai mult de trei parteneri în decursul întregii vieţi. Însă mai mult de 95% dintre americanii care se căsătoreau în acel moment, aveau deja o experienţă sexuală (Laumann, 1999).

În final, epoca contemporană produce alte schimbări în sfera sexualității. Femeii i se acordă un alt status, are drept de a vota prin constituție şi participă activ în domeniul social, economic şi de ce nu, politic. Progresele realizate pe toate planurile schimbă optica prin care se percepe sexualitatea. Educația sexuală a tinerilor devine astfel o preocupare deosebită atât în şcoli (se introduc programe şi discipline speciale) dar şi în familie, părinții înțelegând că au nevoie de sprijin în a răspunde întrebărilor copiilor şi în a le oferi o educație bazată pe dovezi, sigură şi sănătoasă. Tinerilor li se oferă cunoştințe de anatomie, dar sunt informați şi despre mijloacele de igienă sau protecție/contracepție. Copiii înşişi, de la vârstele cele mai mici, au parte de educație sexuală, inclusiv în grădinițe, învață să-şi cunoască propriul corp, să-şi respecte intimitatea şi să evite situațiile de risc, de eventualii agresori sexuali. Cu toate acestea, apar noi provocări în sfera sexualității: numărul celor autodeclarați homosexuali este în creştere, aceştia fac apel la anumite drepturi legale şi civile.

În 2018, în cel puțin 15 state europene se recunoaşte şi se oficiază cununii civile ale persoanelor de acelaşi sex: Belgia, Danemarca, Finlanda, Franța, Germania, Islanda, Irlanda, Luxembourg, Malta, Olanda, Norvegia, Portugalia, Spania, Suedia şi Marea Britanie. În România, dimpotrivă, se fac demersuri în masă (referendum) pentru a nu le permite căsătoria civilă. Apar noi tulburări de natură şi dinamică sexuală, noi tipuri de parafilii, noi tipuri de boli cu transmitere sexuală (unele incurabile) şi, desigur, un nou tip de adicție: adicția sexuală. Poate ar merita un capitol separat dedicat exclusiv televiziunii şi Internetului care au produs şi ele mutații considerabile în mentalitatea sexuală (Pârvu, 2000, p. 37).

Hormonii sexuali şi comportamentul sexual

Înainte de a înțelege rolul determinant al hormonilor pentru comportamentul sexual doresc să ne reamintim câteva aspecte simple legate de genetica umană. Cercetătorii dedicați studierii geneticii umane depun eforturi considerabile pentru descifrarea persoanei umane şi a întregii sale organizări elaborând hărți ce cuprind genotipul uman şi trebuie să recunoaştem că s-au făcut eforturi considerabile în ultimii 20-25 de ani. Astfel că pentru fiecare profesionist din sănătatea publică, inclusiv psihoterapeut, un minim de cunoştințe de genetică umană devine obligatoriu, genetica umană studiind structurile cromozomiale şi extracromozomiale, legile transmiterii caracterelor ereditare, consecințele mutațiilor, relația dintre ereditate şi comportament, dintre ereditate şi patologie şi aspectele acestea sunt chiar importante în cadrul adicțiilor, nu pentru a crea prejudecăți (dimpotrivă, eliminându-le), ci pentru a deține cunoaşterea.

Celulele somatice ale omului sunt diploide, adică conțin 46 de cromozomi, dintre care 44 autozomi, iar 2 sunt cromozomii sexului (cromozomii XX se regăsesc la femeie, iar la bărbat cromozomii XY). Aceştia sunt formați din gene, iar gena este cea care transmite informația genetică. Celulele sexuale mature sunt spermatozoidul, ce conține 22 de autozomi şi un cromozom al sexului (X sau Y) şi ovulul, care, la fel, conține 22 de autozomi plus un cromozom al sexului X (Pârvu, 2000 p. 39). În momentul fecundației are loc combinarea cromozomilor sexuali masculini şi feminini. Tot acum are loc diferențierea sexuală. Dacă ovulul va fi fecundat cu un spermatozoid ce conține cromozom Y va

rezulta un băiat, iar dacă va fi fecundat de un spermatozoid ce conține cromozom X va rezulta o fetiță.

Şi totuşi, ce rol au hormonii? Medicul român, endocrinologul G. I. Totoianu susține că „sexualitatea umană, de la apariția omului pe pământ, a fost aceeaşi, însă a prezentat exprimări diverse în funcție de epocă. Pe lângă versantul somatic (reproductiv) mai are un versant psiho-afectiv, de comunicare între oameni şi de comunicare a acestora cu divinitatea, prin iubire" (Totoianu, 1995, p. 471). Prin cuvintele „sexualitatea umană a fost aceeaşi" tind să cred că medicul face referire la organizarea internă a sexualității, la datul biologic şi inclusiv la hormoni. Deci, hormonii sunt acele substanțe chimice sintetizate în celulele unor țesuturi, care, eliberați în curentul sanguin (sau în spațiile intercelulare), ajung la nivelul altor celule unde controlează diferite mecanisme morfofuncționale. Hormonii şi neurotransmițătorii sunt mesageri de ordinul I ai celulelor care i-a produs. Hormonii, alături de celulele endocrine, de celula țintă (care conține receptori specifici pentru informația adusă de hormoni) şi calea de transport (sânge, lichid interstițial), formează sistemul endocrin.

Cercetările au demonstrat faptul că hormonii sexuali sunt necesari pentru un comportament sexual complet (peste o anumită doză prag). Cu alte cuvinte, nu putem vorbi de comportament sexual dacă nu luăm în considerare rolul hormonilor sexuali. Însă, doar hormonii sexuali nu sunt suficienți pentru declanşarea comportamentului sexual şi nici pentru una din variantele normale sau patologice. Diferitele tipuri de hormoni sexuali: androgeni, estrogeni, progesteron au roluri diferite în manifestarea comportamentului sexual, iar efectul lor nu este acelaşi asupra organismului în

perioada de diferențiere şi asupra adultului (Stoica, 1972, p. 71). Astfel că în perioada fetală, testosteronul stimulează dezvoltarea diferențiată a epididimului, vaselor deferente şi veziculelor seminale, iar dehidrotestosteronul asigură formarea prostatei, a penisului, a uretrei peniene şi scrotului. În perioada pubertară, acelaşi testosteron va stimula cu precădere creşterea penisului, spermatogeneza, dezvoltarea veziculelor seminale, dar şi a musculaturii scheletice şi a laringelui. În ceea ce priveşte comportamentul sexual, testosteronul este răspunzător de stimularea potenței şi a libidoului, secreția de testosteron va scădea progresiv odată cu îmbătrânirea.

Dintre toți hormonii sexuali, androgenii au capacitatea de a organiza modelul comportamentului sexual. Androgenii (hormonii sexuali masculini: testosteronul, dehidrotestosteronul şi androstendionul) sunt secretați de către celulele Leydig din testicule şi în mică măsură de celulele zonei reticulate corticosuprarenale (funcția endocrină). Ei diferențiază un comportament sexual masculin, care se va manifesta numai după pubertate, atunci când există un nivel hormonal de activare adecvat. Se consideră că aceşti hormoni determină şi unele caractere sociale nelegate direct de copulare, precum: agresivitatea, tendința la inițiativă şi dominare. Hormonii androgeni au activitate antagonistă estrogenilor. O trăsătură biochimică majoră a androgenilor este datorată rolului lor anabolizant, ei stimulând biosinteza proteinelor celulare la ambele sexe. S-a demonstrat că există o relație între saţietatea sexuală şi androgeni. Cercetătorii mexicani au arătat că la 24 h după saţietatea sexuală datorată copulației are loc o reducere a densității receptorilor pentru androgeni în aria medială preoptică şi în

nucleii hipotalamici ventromediali, dar nu şi în nucleii striei terminalis. Această reducere a comportamentului sexual a fost însoțită de o descreştere a nivelului de androgeni (Romando-Torres, 2007, p. 19). Cercetările sunt într-o continuă desfăşurare şi s-ar putea să aflăm noi informații.

Testosteronul ($C_{19}H_{28}O_2$) este cel mai puternic hormon androgen, secretat în cea mai mare cantitate (7 mg/zi la adult). El a fost izolat de Lacquer în anul 1935, care din 100 kg de țesut testicular a reuşit să obțină doar 10 mg de hormon (Pârvu şi colab., 2000, p. 51). La ambele sexe, testosteronul are efecte afrodisiace. La bărbat întreține virilitatea şi echilibrul psihic, astfel că bărbații sunt mai curajoşi, mai combativi şi mai optimişti. Unii neuroni din hipotalamus transformă testosteronul (hormon sexual masculin) în estradiol (hormon sexual feminin). La nivelul măduvei spinării, testosteronul are efect stimulator asupra centrilor parasimpatici din care pleacă fibrele efectoare care declanşează la bărbat erecția, iar la femeie, turgescența clitorisului şi lubrifierea vaginului (Totoianu, 1996, p. 311).

S-a constatat de asemenea că organizarea unui comportament sexual feminin depinde mai degrabă de absența androgenilor, decât de prezența hormonilor estrogeni şi progesteroni. Astfel că în lipsa androgenilor se organizează un comportament sexual feminin, atât la femei genetic, cât şi la bărbați genetic, care au fost castrați precoce (Stoica, 1972, p. 74).

Hormonii estrogeni sunt substanțe chimice organice cu structură foarte variată, dar care au o acțiune comună. Se mai numesc hormoni C18 steroidici deoarece au structură steroidică, sau hormoni foliculari, datorită faptului că sunt biosintetizați de foliculii de Graaf existenți în ovare. Estrogenii sunt

produşi de gonade, iar eliberarea lor este reglată de hormonii gonadotropi: LH (hormon luteinizant), FSH (hormon foliculostimulator) şi LTH (hormon luteotrop). Estrogenii naturali sunt estrona, estradiolul şi estriolul. Estrona reprezintă doar o parte din foliculină. Estradiolul (C18H24O2) se află în proporţia cea mai mare în ovare, iar în testicule şi placentă în cantitate mai mică. Biosinteza acestui hormon are loc în ovar, din testosteron. Este cel mai activ estrogen natural, de 7-10 ori mai activ ca estrona (Pârvu şi colab., 2000, p. 52). La femeie, estrogenii au rol în lubrifierea vaginului şi în proliferarea mucoasei uterine, iar la bărbat o creştere a concentraţiei estrogenilor diminuează dorinţa sexuală şi produce stări depresive (Totoianu, 1996, p. 234).

Mai avem progesteronul, care are o acţiune dublă, contribuie la inhibarea comportamentului sexual feminin şi la scăderea capacităţii sexuale a partenerului mascul. Există dovezi care arată că progesteronul inhibă specific activitatea neuronilor hipotalamici implicaţi în comportamentul sexual.

În final, un hormon important este gonadoliberina - GnRH (gonadotropin releasing hormone) ce intervine în declanşarea pubertăţii. Centrul acestei secreţii este hipotalamusul anterior. GnRH este un hormon hipotalamic specific, ce acţionează asupra hipofizei (glanda endocrină situată la baza creierului) pentru a stimula sinteza de gonadotrofine, care stimulează la rândul lor glandele genitale. Gonadotrofina este un hormon secretat de hipofiză cu rol în secreţia gonadelor (ovare şi testicule) pentru a produce estrogen şi progesteron.

Producerea testosteronului la bărbaţi este controlată de axa hipotalamico-pituitară. Prin stimularea hipotalamusului (hipotalamusul este cel care dă comanda) are loc secreţia hormonului GnRH, ceea

ce stimulează glanda pituitară (hipofiza) să elibereze LH (hormon luteinizant, o gonadotrofină, de fapt), care va produce testosteron în testicule.

Deci, hormonii sexuali intervin în complexul neuro-psiho-afectiv de la baza vieții sexuale. Impregnând în mod global sistemul nervos ei creează starea de erotizare a individului. La individul mascul matur aceasta coincide cu umplerea veziculelor seminale cu spermă şi cu nevoia fiziologică, vagă, de a se goli. Însă erotizarea este un fenomen mult mai complex în care apare atracția spre sexul opus şi nevoia de descărcare erotică, ca proces cu semnificație nu numai pur fiziologică, ci şi psiho-afectivă. Secreția în exces de hormoni sexuali de cauză organică sau funcțională, când apare în viața adultă, se poate manifesta numai prin exagerarea impulsului sexual şi a potenței sexuale (Stoica, 1972, p. 285).

La femei, în ceea ce priveşte influența factorilor de origine endocrină asupra comportamentului sexual, specialiştii, studiind erotismul feminin excesiv au elaborat următoarele tipuri:

a) *femei hiperhipofizofoliculinice* (cu hiperfoliculinie prin exces de hormoni gonadotropi hipofizari). S-a constatat că aceste femei prezintă o excitabilitate strict vaginală, astfel încât excitațiile exterioare nu influențează deloc (sau prea puțin) emiterea unui răspuns. Orgasmul se produce doar pe cale vaginală;

b) *femei hiperhipofizoluteinice* (cele cu exces de progesteron prin suprastimulare gonadotrofă hipofizară);

c) *femei cu hiperandrogenism* (cele care au o secreție crescută de androgeni de origine suprarenală sau chiar tumori masculinizante, de ovar);

d) *femei hipertiroidiene* (Stoica, 1972, p. 289).

Totuşi, erotismul normal la ambele sexe depinde nu doar de secreţia hormonală, ci şi de factorii psihici, de stimulii din mediul extern, dar mai ales de modul în care persoana în cauză, conştientă şi raţională răspunde la aceşti stimuli. Sau, în termeni psihanalitici, de modul în care se aplanează conflictul dintre Sine şi Eu, de modul în care principiul realităţii învinge principiul plăcerii, iar Eul supune Sinele.

În crearea emoţiei erotice specific umane intervine o serie de factori cunoscuţi şi necunoscuţi de la imaginaţie, reprezentări, senzaţiile tactile, vizuale, olfactive, trăite în complexul relaţiei sexuale. În modularea comportamentului sexual intervin şi alte substanţe - enkefalinele, endorfinele şi dinorfinele, cu două roluri importante:

1. contribuirea la obţinerea orgasmului şi a stării de după orgasm;
2. realizarea stării de îndrăgostit în iubirea erotică.

Pe durata raportului sexual, opiaţii endogeni au rol în obţinerea voluptăţii maxime şi a calmului şi a relaxării ce urmează după orgasm.

Tot în acest capitol destinat hormonilor merită să fie amintit rolul unui alt hormon, şi anume oxitocina. Oxitocina (drogul dorinţei) este un hormon neurohipofizar steroid cu rol în realizarea actului sexual, receptorii implicaţi în eliberarea oxitocinei regăsindu-se în epiteliul mameloanelor, în pereţii vaginului şi ai colului uterin. Receptorii din mameloane sunt stimulaţi prin atingere, iar cei din cervix şi vagin prin atingere şi distensie (întindere).

Impulsurile de la nivelul vaginului ajung prin fibre senzitive aferente la măduva spinării, apoi prin căile sensibilităţii tactile, termice, şi dureroase, în talamus, apoi în hipotalamus la nucleii supra-

optici şi paraventricular unde declanşează secreţia de oxitocină (refluxul Ferguson). Nivelul oxitocinei creşte semnificativ pe durata coitului la ambele sexe, dar mai ales la femeie. Activitatea secretorie a neuronilor implicaţi în producerea oxitocinei este crescută de stimulii veniţi pe căile analizatorilor vizuali, auditivi, kinestezici (stimulii tactili din mucoasa şi pereţii vaginului). Nivelul maxim al oxitocinei este atins în momentul orgasmului, concomitent cu contracţiile uterine, produse de miometru. Aceste contracţii au rolul de a favoriza transportul spermei în tractul genital feminin. La bărbat oxitocina creşte peristaltismul căilor spermatice, favorizând ejacularea (Totoianu, 1996, p. 280).

Serotonina, alt hormon, implicat la mai multe niveluri în comportamentul sexul, atât spinal, cât şi supraspinal exercită efecte inhibitorii asupra comportamentului sexual al bărbatului adult. Neuronii serotoninergici sunt localizaţi în nucleii rafeului median, în formaţiunea reticulată medulară ventrală, în măduva lombo-sacrată şi emit proiecţii către formaţiunile somatice şi autonome ale pelvisului (Tang, 1998, cit. de Mogoş, 2007, p. 11).

Inhibiţia eliberării serotoninei sau distrugerea neuronilor serotoninergici determină amplificarea comportamentului sexual. Efectele inhibitorii sau facilitatorii depind de cantitatea de receptori serotoninergici din anumite zone şi de acţiunea asupra anumitor receptori, de distribuţia şi tonusul acestor receptori. De exemplu, tonusul scăzut al receptorilor 5HT-2C determină ejacularea precoce, iar tonusul crescut determină ejaculare tardivă. Administrarea de inhibitori ai recaptării serotoninei determină prelungirea timpului de începere a copulaţiei şi timpul până la care se produce ejacularea (Mogoş, 2007, p. 11).

În final, dopamina, exercită un control facilitator asupra componentei somatice şi autonome a erecţiei. Efectul dopaminei poate fi abolit prin castrare, fapt care sugerează controlul hormonal androgenic asupra producţiei şi eliberării dopaminei sau asupra receptorilor dopaminergici (Mogoş, 2007, p. 9).

Sistemul nervos şi comportamentul sexual

Dacă am amintit câte ceva de rolul hormonilor în comportamentul sexual (deoarece despre hormoni se scriu cărţi mult mai cuprinzătoare, mai ales dacă dezbatem problematica tulburărilor şi disfuncţiilor sexuale) nu putem ignora nici legătura dintre hormoni şi creier. S-a afirmat deseori mai mult sau mai puţin în glumă că creierul este un organ sexual, principalul organ sexual, în cazul bărbaţilor.

În creier, centrul sexualităţii este format de o reţea de circuite şi de nuclei de neuroni, atât centrii de inhibiţie, cât şi cei de activare au fost identificaţi; ştim că sunt situaţi în sistemul limbic cu nuclei importanţi în hipotalamus şi în regiunea preoptică (Kaplan, 1989, p. 35). Pe baza cercetărilor experimentale şi a cazurilor clinice s-a demonstrat rolul centrilor nervoşi în declanşarea sexualităţii începând de la instalarea pubertăţii, odată cu dezvoltarea glandelor sexuale. Anumite structuri hipotalamice şi limbice (amigdala corticomedială, *stria terminalis*, cortexul poliform şi melatonina epifizară) au rol în declanşarea pubertăţii. Acţiunea hormonală nu se produce doar de la hipofiză la glandele genitale, ci şi de la acestea la hipofiză şi sistemul nervos. Există deci o reciprocitate funcţională între *scoarţa cerebrală şi sistemul hipotalamo-hipofizar*,

pe de o parte şi *glandele sexuale*, pe de altă parte, care declanşează procesele sexuale şi le menţine în echilibrul normal.

Rolul sistemului nervos în desfăşurarea fenomenelor sexuale se face cunoscut în mod evident când se analizează cauzele tulburărilor sexuale funcţionale, care de multe ori sunt de natură psihogenă. Viaţa sexuală umană nu se reduce doar la procesele de elaborare din hipotalamus, ci se caracterizează printr-o activitate cerebrală superioară. Scoarţa cerebrală a creierului participă din plin la desfăşurarea activităţii erotice normale.

Deci, creierul are un rol central în funcţionarea sexuală. Cortexul cerebral interpretează informaţia sexuală ca excitaţie şi inhibiţie sexuală. Tot cortexul transmite mesaje către măduva spinării ceea ce cauzează vasoconstricţia (micşorarea diametrului vasului de sânge). S-a demonstrat pe baza experimentelor de laborator că la animale stimularea directă a unor părţi din cadrul sistemului limbic poate cauza erecţie şi ejaculare, iar diverse leziuni pot duce la activitate hipersexuală (sindrom Kluver-Buky) (Stoica, 1972, p. 79). Circuitele nervoase responsabile de comportamentul sexual se diferenţiază de-a lungul timpului sub influenţa experienţei vieţii şi a hormonilor (prin mecanisme de reinforcement) pozitivă sau negativă. Experienţa sexuală anterioară a individului are un rol esenţial în modelarea comportamentului sexual şi această experienţă merită a fi cunoscută şi interpretată de psihoterapeuţi.

Stimularea electrică a anumitor părţi ale sistemului limbic produce senzaţii similare cu cele ale satisfacerii sexuale (Masters & Johnson, 1966). Senzaţiile de euforie, de beatitudine sau de bucurie pot fi cauzate şi de o altă substanţă din creier, cunoscu-

tă sub numele de Phenylthylamina (PEA), ea poate contribui şi la atracţia interpersonală (Fisher, 1992, p. 52).

Una dintre cele mai importante porţiuni din creier, ce ne interesează în mod special, poartă numele de hipotalamus. Hipotalamusul este o porţiune a creierului ce are un rol important în modularea comportamentului sexual, prin intermediul hipotalamusului stimulii din mediul extern sau anumite stări psihice pot modifica secreţia glandelor endocrine. În hipotalamus există receptori atât pentru androgeni, cât şi pentru estrogeni:

1. la bărbat, prin intermediul gonadotrofinelor, GnRH produce spermatogeneza şi stimulează producţia androgenilor testiculari;

2. este un inductor al comportamentului sexual înnăscut legat de acuplare (apropiere, penetrare, poziţie adecvată, ritm al mişcărilor);

3. comandă şi accelerează mişcările copulatorii.

De precizat că hipotalamusul reprezintă mai puţin de 1% din totalul volumului creierului uman. Este o porţiune caracterizată printr-o bogată reţea de conexiuni interne şi externe, este o verigă între talamus şi scoarţa cerebrală pe de o parte, şi sistemul nervos vegetativ. Astfel, prin intermediul hipofizei are o mare influenţă asupra sistemului endocrin.

Dintre numeroasele funcţii ale hipotalamusului: homeostazie, temperatură, ritmul cardiac, circadian, metabolismului glucidic, lipidic, protidic, foame şi sete, tensiunea arterială, ingestia de apă, reflexe (input/output), reglarea memoriei, controlarea emoţiilor în conjuncţie cu sistemul limbic, hipotalamusul are un rol şi în reglarea sistemului endocrin. Reglarea sistemului endocrin are loc în mod direct prin secreţia produşilor neuroendocrini în circulaţia

generală prin intermediul vaselor sanguine ale neurohipofizei şi, indirect, hormonii reglatori hipotalamici controlează sinteza şi eliberarea hormonilor pituitarei anterioare în circulaţia generală.

Neocortextul influenţează profund fiziologia şi patologia comportamentului sexual. În cadrul actului sexual, partea rezervată influenţelor psihice, adică centrilor corticali şi subcorticali, devine din ce în ce mai importantă (Strominger, 2000, p. 40). Efectele leziunilor corticale sunt cu atât mai grave cu cât urcăm pe scala filogenetică. La om, dat fiind rolul primordial al factorilor psihologici în activitatea sexuală, neocortexul cerebral, ca mecanism de integrare psihică şi socială este esenţial în realizarea comportamentului sexual. Frigiditatea ori impotenţa se datoresc în majoritate unor dereglări corticale. Existenţa circuitelor hipotalamo-limbico-corticale nu exclude intervenţia altor zone ale sistemului nervos central în comportamentul sexual (Stoica, 1972, p. 83).

În urma stimulării externe, la zonele de integrare sexuală sosesc aferenţe senzoriale specifice şi aferenţe nespecifice nestimulante, prin sistemul reticulat ascendent activator şi sistemul de protecţie difuză hipotalamic şi prin sistemul ascendent dezactivator (Neştianu, Coculescu, Vlad, 1965, în Stoica, 1972, op. cit.).

Răspunsul sexual

Voi aminti scurtisim răspunsul sexual deoarece este relevant atât în tulburările de dorinţă sexuală, cât şi pentru problematica adicţiei sexuale. Helen S. Kaplan, unul dintre cei mai renumiţi sexologi ai vremurilor noastre, a definit dorinţa sexuală ca fiind un apetit care este produs prin activarea unui

sistem neuronal specific din creier (Irvine, Janice M., 2005, p. 170). Tot Kaplan explică chimia dorinței sexuale. Dopamina, ca neurotransmițător, alături de testosteron, are un rol unic în stimularea dorinței sexuale. Contrar efectului dopaminei, un alt neurotransmițător, serotonina (5-HT), inhibă dorința sexuală (Hatfield, 1993, p. 58).

După Helen S. Kaplan, există trei stadii ale răspunsului sexual:

1) dorință
2) excitație
3) orgasm.

Masters şi Johnson au identificat răspunsul fiziologic al bărbatului şi al femeii la stimularea sexuală care este în mare parte similar. Ei l-au împărțit în trei faze:

a) *faza de excitație.* Ambele genuri experiențează vasoconstricția şi miotonia de-a lungul răspunsului sexual. La bărbat, răspunsul fiziologic la stimularea sexuală făcută pe cale fizică, prin atingerea zonelor erogene sau la nivel mental, prin imaginație, constă în intrarea în erecție a penisului. În momentul când tensiunea sexuală şi erecția au ajuns la un anumit nivel apare dorința de intromisiune a penisului în vaginul femeii. La femei, lubrifierea vaginală are loc la 10-30 secunde de la debutul excitației. Se produc contracția mameloanelor, creşterea vasocongestivă a sânilor, muşchii voluntari (mai ales cei din regiunea abdominală şi intercostală) intră în hipertonie.

Wilhelm Reich confirmă că la începutul actului sexual, excitația se concentrează din ce în ce mai mult asupra aparatului genital, fiind de aici percepută pe căile sensibile ca senzații de plăcere şi crescând spre apogeu (Reich, 1995, p. 88).

b) *faza de platou*. Este un stadiu avansat de excitație ce precedă orgasmul, o tensiune sexuală maximă.

La bărbat, glandele bulbo-uretrale secretă un lichid preejaculator care poate fi observat la partea terminală a uretrei de la vârful penisului, testiculele mărindu-se cu aproximativ 50%, ridicându-se lângă perineu. Totodată, ritmul cardiac creşte între 100 şi 175 bătăi pe minut, se accelerează ritmul respirator, tensiunea musculară creşte, iar vasele se dilată (Masters, Johnson, 1975, p. 39).

La femei, în acestă fază excitația este maximă. Uterul se ridică, iar mucoasa vaginală devine intens colorată în roşu-violaceu ca urmare a vasocongestiei şi este puternic lubrifiată. Clitorisul creşte în dimensiune până la dublare. Labiile mici ale vulvei se îngroaşă, îşi modifică culoarea în roşu închis şi se îndepărtează favorizând lărgirea orificiului vaginal (Pârvu, 2000, p. 112).

c) *faza de orgasm*. Orgasmul la bărbat are loc prin două faze de contracție musculară. La femeie, se manifestă prin contracția muşchiilor pelvieni din jurul vaginului. În general constă în 5-8 contracții intense, dar se poate ajunge şi până la 12 contracții. Contracțiile orgasmice încep la fundul uterului şi se propagă în lungul lui până la segmentul inferior. Se contractă, de asemenea, treimea externă a vaginului, sfincterul uretral şi sfincterul anal. Bătăile inimii se accelerează ajungând până la 180 de bătăi/minut, tensiunea sistolică se ridică cu 30-80 mmHg, iar cea diastolică cu 20-40 mmHg. Şi respirația se intensifică până la 40 de respirații/minut. Femeia simte o senzație de căldură în sfera genitală care invadează zona pelviană şi apoi se răspândeşte în tot corpul. Unele femei cunosc senzații voluptoase declanşate la nivelul clitorisului, iar altele prin excitarea vaginală unde există punctul G

(o dezbatere intensă despre existența şi localizarea acestui punct G!). Acesta, conform unor opinii, se situează la aproximativ 4-5 cm de la intrarea în vagin, pe partea anterioară a lui. Zona erogenă respectivă este capabilă să declanşeze orgasme multiple de o mare intensitate.

d) *faza finală.* Atunci când corpul revine la starea de pre-excitație; clitorisul, labiile mari şi labiile mici revin la poziția şi dimensiunile inițiale.

Capitolul 2

ADICȚIA SEXUALĂ versus DEPENDENȚA DE SEX

Definiția conceptului de dependență

Termenul „dependență" a fost introdus în psihiatrie de americanul Benjamin Rush (1745-1813), în 1812, pentru a indica unele modalități ale legăturilor psihopatologice şi a fost adoptat ulterior de Laehr (1820-1905), în 1872, pentru a indica „dependența de abuzul de morfină" Cuvântul derivă de la latinescul *de-pendere*, însemnând *atârnat de* deci *legat de* sau, cu alte cuvinte, ne-autonom, fără libertate, supus, aservit (Fernando Liggio, 2007, p. 41). Unii termeni traduşi nu sunt cu precizie denotativi, de exemplul, termenul anglosaxon, „addiction" (înclinație) tradus prin pasivitate, sclavie, folosit în mod specific prin adicția de drog (farmacodependență) pentru a indica conceptul originar prin termenul toxicomanie. Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) a înlocuit termenul prin *drog-dependence* (farmacodependență) a cărui eficacitate este mult mai explicită şi consolidată, cu toate că termenul simplu „dependență" nu este corect nici a fi înlocuit cu termenul „ataşament" introdus de psihiatrul Pierre Janet (1859-1947) în 1919 - scopul terepeutic primar fiind acela de a stopa eforturile produse de

ataşament - şi folosit de psihanalistul Bowbly în 1958 pentru a indica natura legăturii dintre copil şi mamă. Pe de altă parte, ar fi inutilă înlocuirea termenului dependenţă prin ataşament, termenii putând fi într-o oarecare măsură sinonimi, pentru că ambii se referă la nevoi compulsive independente primare sau secundare. Discuţia rămâne deschisă.

În ceea ce priveşte adicţia, ea implică în primul rând o dependenţă psihologică, o dependenţă fizică, dacă substanţa nu este la îndemână (drogul) sau dacă comportamentul este frustrat. Ea duce la o afectare a funcţionalităţii personale, sociofamiliale şi profesionale a persoanei, din cauza unei compulsiuni sexuale exprimate prin căutarea repetată şi necontrolată a activităţii sexuale. Chiar dacă în DSM-V nu se aminteşte de sexual addiction sau de compulsive sexual behavior, clinicienilor le sunt cunoscute persoane care prezintă un comportament ce are ca scop căutarea de relaţii sexuale, iar orice încercare de a stopa acest comportament rămâne fără succes.

În ultima ediţie şi anume DSM-V, publicat după o muncă de 12 ani, în 2013 şi tradus ulterior în limba română, opiniile specialiştilor au fost diferite. Dacă în DSM-IV, subiectul „tulburărilor de identitate sexuală şi de gen" a fost abordat într-un singur capitol, în DSM-V, subiectul este împărţit în trei capitole, şi anume: disfuncţii sexuale, disforie de gen şi tulburări parafilice. Au existat totuşi mici modificări în capitolul „disfuncţii sexuale" De exemplu, conţinutul capitolelor „tulburările parafilice" diferă substanţial de conţinutul secţiunilor referitoare la aceste subiecte din DSM-IV. În ceea ce priveşte parafiliile, se face distincţie între o parafilie şi o tulburare parafilică. DSM-V face o nouă distincţie între patologia (tulburarea parafilică) pe de

o parte şi alte comportamente sexuale non-patologice neobişnuite sau neconvenţionale pe de altă parte. În DSM-V, conceptul clinic foarte relevant „hipersexualitate" nu a fost încă încorporat ca o categorie separată.

Cu toate acestea, DSM-V, editat de Asociaţia Americană de Psihiatrie, nu conţine diagnosticul de „hipersexualitate" sau „tulburare sexuală compulsivă", totuşi el poate fi folosit făcând apel la ICD-10.

De-a lungul dezvoltării diagnosticului, s-au folosit diferite denumiri pentru acest tip de comportament sexual precum: hipereroticism (Hirschfeld, 1948), erotomanie (concept supus controverselor deoarece este înţeles ca o formă de delir paranoic în care subiectul reţine că mare parte dintre persoanele de sex opus sunt îndrăgostite de acesta sau în alte cazuri se simte atras „fără frână" de o persoană pe care nici nu o cunoaşte), hipersexualitate, hiperfilie, dorinţă sexuală hiperactivă, dependenţă de sex, dependenţă sexuală, sex cumpulsiv, nimfomanie (Ellis, Sagarin, 1965); satirism (Allen, 1969); donjuanism (Stoller, 1975); sexual addiction (Carnes, 1983); sexual compulsivity (Quadland 1983, Coleman 1986); sexual dependence (Naditch şi Barton, 1990); compulsivity/sexual addiction (Schaeffer, 1994); compulsive sexual behaviour (Reed, 1994), sexual impulsivity (Kafka, 1997); non-paraphilic hypersexuality (Kafka, Hennen, 1999); dependenţă de reacţia orgasmică corelată cu producţia endogenă de substanţe stupefiante (Liggio, 1998); sexual addiction/compulsivity (Rickards, Laser, 1999); non-paraphilic hypersexual disorder (Kafka, 2000) şi sex addiction (Johnson, 2002; Avenia şi Pistuddi, 2007, p. 24).

În „Tratat de psihosexologie", psihiatrul C. Enăchescu remarcă hipersexualitatea ca un tip de

manifestare sexuală ce poate apărea atât la bărbat, cât şi la femeie. Hipersexualitatea la bărbaţi se manifestă prin performanţe sexuale pe perioade lungi din viaţa acestora, printr-o erotizare excesivă, ajungând în unele cazuri la obsesii şi tulburări de comportament cu acte antisociale, agresivitate sau atentate la bunele moravuri (Enăchescu, 2003, p. 174). Dar, este hipersexualitatea sinonimă cu dependenţa? În cazul bărbatului, C. Enăchescu nu pomeneşte despre adicţia sexuală, ci doar enumeră tipurile de sexualitate excesivă precum: donjuanismul (seducătorul care aleargă după femei pentru a le seduce, a le poseda, dar este incapabil să se aşeze de vreuna dintre ele), modelul Casanova (caracterizat printr-o necesitate urgentă de a se răzbuna pe fiecare femeie), satiriazisul (stare de excitaţie permanentă şi irezistibilă) şi tipul bărbatului viril care corespunde manifestărilor hipersexuale din cursul fazei de andropauză.

În ceea ce priveşte definiţia termenului englezesc de „sexual addiction" unii autori au identificat diferite traduceri şi au avut reţineri în preluarea şi folosirea termenului englezesc „addiction" Se ştie foarte bine că în limba engleză există doi termeni similari, dar care au semnificaţii diferite, şi anume: „dependenţă" (se referă la o realitate fizică, la o dependenţă fizică şi chimică) şi „adicţie" (nevoie psihologică). Organizaţia Mondială a Sănătăţii (O.M.S.), în cazul definirii dependenţei de droguri (toxicomania) a refuzat definirea prin adicţie deoarece „adicţie" nu exprimă cu claritate acest comportament. Dependenţa de sex (termen utilizat de specialiştii din Italia - DdS) se va transforma dintr-o dependenţă psihologică într-o dependenţă fizică.

Primul specialist care a elaborat o descriere ştiinţifică a dependenţei de sex a fost psihiatrul vie-

nez Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), în anul 1886, prin lucrarea *Psychopatia Sexualis*, în care a subliniat centralitatea dorinţei sexuale în viaţa individului.

Însă conceptul de „sexual addiction" (în sens literar, dedicaţie sexuală, dependenţă sexuală) a fost introdus pentru prima oară de psihiatrii americani Reed şi Blaine în anul 1988. Prin acesta au descris un proces de instaurare în patru faze progresive distincte:

1. *faza de obsesie:* în care individul reacţionează la dificultăţile existenţiale şi este total absorbit de preocupări legate de sfera sexualităţii;

2. *faza de ritualizare,* caracterizată de punerea în act a unor ritualuri complexe imediat precedent acţiunii sexuale;

3. *faza de acţiune sexuală,* în care individul se simte alinat/uşurat temporar şi provizoriu;

4. *faza de disperare,* atunci când individul se simte în imposibilitatea de a-şi controla propriul comportament erotic (Reed şi Blaine, 1988).

Prima monografie centrată asupra înţelegerii adicţiei sexuale a fost publicată de americanul Patrick Carnes în 1983, urmată de alte studii pe aceeşi temă: 1989, 1990, 1991, 1992, 2001, iar Goodman (1997) a încadrat „sexual addiction" în categoria tulburărilor, tot sub aceeaşi denumire.

Alţi autori au investigat aşa-numitul fenomen al „dependenţei de reacţie orgasmică" (DRO). Dependenţa constă într-o condiţie psihofiziopatologică corelată cu modificarea sistemului cerebral al gratificării, caracterizată de o dorinţă inexprimabilă şi de pierderea controlului inhibitoriu, toate acestea ducând la instaurarea unei relaţii de renunţare faţă de substanţă (în cazul drogurilor, a alcoolului, a

nicotinei sau a cafeinei) sau faţă de situaţie (jocurile de noroc, shoppingul cu impuls de achiziţionare, practicarea ritualurilor religioase, jocuri video) sau faţă de acţiune (activitatea erotică-sexuală, ludică) şi totodată inducând senzaţii de plăcere intensă.

Ceea ce ne interesează pe noi este dependenţa de reacţie orgasmică, în cadrul activităţiilor sexuale. Funcţia primară a erotismului constă în stimularea ereto-receptorilor (corpusculii Krause) care solicită reacţia orgasmică ce culminează cu un „vârf orgasmic", care atunci când este intensă şi satisfăcătoare devine eficace în reechilibrarea funcţionalităţii neurovegetative şi în restaurarea procentului normal al neuromodulatorului sinaptic endorfin (este vorba în special de β-endorfină) şi a neuromediatorului sinaptic hipotalamic (serotonina), care atenuează tensiunea libidică, care altfel este stimulată de neuromediatorul sinaptic catecolaminic, adică dopamina. Intensitatea „vârfului orgasmic" rezultă direct proporţional cu durata relativă a fazei de menţinere, care este unica fază a reacţiei erotice, aptă de modularea intenţională cu posibilitatea de a fi prelungită la maxim, chiar şi până la o oră.

În ultima perioadă, termenul „dependenţă" a fost propus doar pentru a indica exclusiv complexul dependenţelor fără legătură cu dependenţa de substanţe psihoactive. Avenia precizează că recent se vorbeşte tot mai mult şi se scrie despre *New Addictions*. Acestea cuprind în principal dependenţa de sex, shopping-ul compulsiv, dependenţa de jocuri periculoase, de muncă, de mâncare, sau dependenţa de Internet. Fernando Liggio consideră că în categoria *New Addictions* trebuie incluse şi alte dependenţe precum: nevoia compulsivă de a se ruga, de a participa la jocuri sportive, la ritualuri religioase ori de a se uita la televizor. În mod spe-

cific, în ceea ce priveşte dependenţa de sex se face referire la dependenţa de reacţie orgasmică a cărei funcţie specială constă în producerea endogenă de substanţe stupefiante, precum β-endorfină. În ceea ce priveşte modalitatea exclusiv compulsivă de a iubi, caracterizată de înclinarea (adicţia) coercitivă faţă de partener, dependenţa este în mod clar de natură psihologică. În limba română a fost tradusă cartea *Dragoste sau Dependenţă*, scrisă de Brenda Schaeffer, care aducea în discuţie rădăcinile adicţiei la iubire, jocurile psihologice, tendinţele masochiste, teama de a fi abandonat. (Schaeffer, 2012).

Condiţia în care raportul de iubire poate fi interpretat ca o formă de dependenţă analoagă condiţiei psihice a consumatorului (o dependenţă psihică) a fost demonstrată de Peele şi Brodski prin studiul a numeroase cazuri clinice, printre care emblematic este şi următorul:

Un tânăr medic, atrăgător din punct de vedere fizic, prezintă la vederea unei persoane de sex opus o formă de disperare pe care încearcă să o ascundă prin comportamente grosolane, iar în cazul când riscă să cucerească o femeie, devine în mod progresiv, prin obişnuinţă, mereu prea exigent şi autoritar, pentru că se verifică inevitabil ruptura: femeia se satură de pretenţiile sale şi îl părăseşte. El trece, deci, prin aşa-numitul status clinic de „withdrawal", adică de „retragere", tipic pentru absenţa forţată a drogului: perioade alternative de inactivitate letargică, tulburări musculare, dureri cardiace şi consecinţe negative pentru activitatea profesională. Unele fenomene încetează când stabileşte o nouă relaţie cu o femeie şi, astfel, ciclul caracterizat de cuceriri, noi exigenţe, finalizări ale raportului, tulburări ale abstinenţei se repetă identic (Peele, Brodsky, 2015).

În aceste cazuri sunt verificate criteriile punctate de Aviel Goodman de la Institutul de Psihiatrie

din Minnesota, care definesc statutul introspectiv al indivizilor dependenți:

- imposibilitatea de a rezista la impulsurile care induc adoptarea unui comportament determinat;
- senzația de creştere rapidă a tensiunii înainte de a pune în act acest comportament;

sentimentul plăcerii de-a lungul comportamentului adoptat;

tentative repetate de a reduce, controla sau abandona acest comportament;

toleranță vizibilă față de nevoia de a mări intensitatea sau frecvența comportamentului pentru a obține efectul dorit, agitație şi iritabilitate în caz de imposibilitate de a obține acest comportament (Goodman, 1990).

Acelaşi Goodman argumentează în favoarea termenului de adicție sexuală. El consideră aceste tulburări ca o înglobare atât a pierderii controlului impulsului cât şi o nevoie de a continua anumite acțiuni, în ciuda tuturor consecințelor ce se desprind de aici. (Wayne, 1995, p. 473). Mai departe, medicul Wayne Myers, tratând numeroase cazuri de adicție sexuală, pledează pentru utilizarea termenului „adicție" în defavoarea termenilor „compulsiv" sau „act impulsiv" (Myers, 1997).

Mulți dependenți sexuali suferă şi de alte tulburări de dependență, tulburări provocate de abuzul de substanțe psihoactive, tulburări de alimentație, muncă compulsivă, shopping compulsiv şi practicarea compulsivă a jocurilor de noroc (Garcia, Thibaut, 2010). În ceea ce priveşte comorbiditatea cu tulburările corelate şi substanțele psihoactive există o corelație între dependența sexuală şi aceste tulburări, care poate ajunge până la 80% în unele studii prezentate în literatura internațională de specialitate. Această condiție clinică de comorbiditate reprezintă o complicație în formularea diagnosticu-

lui, dar mai ales în gestionarea tratamentului reabilitativ (Kaplan şi Sadock, 2001). Depresia şi anxietatea sunt iarăşi prezente (Bancroft, Vukadinovic, 2004).

Aspecte clinice şi diagnostic

Am arătat că dependența este un fenomen extrem de complex care afectează persoana la toate nivelurile, manifestându-se în plan comportamental prin căutarea unei substanțe psihoactive sau prin repetiția compulsivă a unui comportament specific, iar la nivel psihologic prin a fi total absorbită de obiectul dependenței (substanță psihoactivă, joc, sex etc.). Pacientul spune deseori în cabinet, uneori în lacrimi, că „nu poate trăi fără", că nu se poate abține, că a făcut eforturi uriaşe, că a existat dorința de a renunța, fără succes. Dependențele (adicțiile) cuprind toate acele condiții clinice şi psihice care forțează persoana să repete comportamentul, fară a se putea opune, comportamente specifice care generează o gratificare de moment, independent de consecințele, chiar negative, pe care le produce. Cu alte cuvinte, plăcerea imediată este mult mai puternică, de nestăpânit, mai atractivă decât suferința ulterioară. Consecințele negative ce derivă din această condiție clinică se manifestă în integritatea funcționării vieții sociale a persoanei, provocând o suferință psihică dar şi socio-relațională (cadrul vieții relaționale, afective, familiale, profesionale) şi somatică (patologie organică) (Ezio Manzato et al, 2007, p. 136).

Orice încercare de a defini dependența trebuie să țină cont de complexitatea dependenței, şi din această cauză nu trebuie să se limiteze la a contura pur şi simplu o personalitate dependentă sau un tip de substanță psihoactivă sau un comportament

specific capabil de a cauza dependența. Însă dependența se dezvoltă în interacțiunea dintre subiect, obiect şi contextul socio-cultural de apartenență. Shaeffer, cu ani de zile în urmă, a susținut că punctul central al dependenței îl reprezintă experiența subiectivă, modalitatea prin care obiectul schimbă stilul de viață al persoanei dependente, ceea ce înseamnă o provocare pentru ea însăşi.

Conceptul de adicție sexuală are rădăcini în modelul celorlalte adicții: adicția de droguri (heroină) sau adicția patternurilor comportamentale precum jocurile de noroc. Însă în cazul dependenței de sex este mult mai dificil de definit, deoarece din punct de vedere cantitativ, comportamentul sexual prezintă mari variații individuale: ceea ce pentru un subiect este normal, pentru un altul poate să fie puțin sau mult (Stoica, 1972, p. 384).

Manifestările persoanelor dependente de sex prezintă patternuri similare cu acelea regăsite în abuzul de substanțe, jocul de noroc patologic, mâncatul în exces şi alte comportamente adictive prin aceea că cel aflat în suferință nu poate să-şi controleze propriul comportament, nu poate răspunde la multitudinea de consecințe negative şi experimentează toate consecințele emoționale şi comportamentale ale fenomenului precum dorința, toleranța, neglijarea celorlalte aspecte importante ale propriei vieți.

Unii autori, ca Goodman sau Carnes, definesc comportamentul dependent asociindu-l cu unele variabile şi iau în considerare ipotezele patogene care se regăsesc în factorii dezvoltării copilului: imaginea de sine, modul în care copilul se percepe, în care factorul important este prezența sentimentului de abandon; relațiile, modul în care copilul a perceput primele relații cu obiectele şi apoi

modul în care a dezvoltat pe aceste baze relaţiile cu ceilalţi, dacă el se poate ataşa de aceştia şi dacă se pot instaura relaţii intime sau dacă doar nu gândeşte că este posibil să fie ataşat de ei, construind astfel o imagine socială ce are scopul de apărare; modul în care copilul îşi percepe propriile nevoi, emoţii şi senzaţii sexuale.

În istoria personală a dependenţilor de sex au ieşit la iveală amintiri infantile de solitudine şi sentimente de rătăcire. Ei simţeau că nu aveau pe cine conta sau de cine să depindă pentru a-şi satisface propriile nevoi. Astfel, de-a lungul timpului şi-au dezvoltat modalitatea de a căuta lucruri care le oferă mereu confort, care îi face să se simtă mereu bine, care sunt mereu disponibile. Dacă nu intervin experienţe ce trebuie să fie corectate, această căutare poate continua întreaga viaţă, făcând ca persoana în cauză să depindă de lucruri precum sexul, mâncarea, alcoolul sau drogurile (Pistuddi, 2007).

În cazul copilului, acesta are convingerea deja structurată (şi aceasta va dăinui peste ani) că nevoile sale nu sunt satisfăcute şi pentru aceasta trebuie să depindă de alţii. Relaţia cu alte persoane riscă să fie substituită în cursul dezvoltării de o relaţie cu sexualitatea de tip dependent. Şi totuşi, abuzul sexual poate să nu fie element major în etiologia acestei tulburări (Avenia, 2007, p. 34). Însă, nu toate cazurile de dependenţi au suferit abuzuri sexuale în copilărie.

Comportamentul sexual compulsiv (CSB) este un sindrom clinic caracterizat prin experienţa unei dorinţe sexuale, a fanteziilor şi a comportamentelor recurente, intense care provoacă obstacole neplăcute în buna funcţionare a vieţii de zi cu zi (Coleman, Raymond, McBean, 2003). Deseori, persoanele cu comportament sexual compulsiv îşi per-

cep comportamentul sexual ca fiind excesiv, dar sunt neputincioase în a şi-l controla.

Sexual addiction este deci o tulburare caracterizată printr-un comportament sexual compulsiv. DSM-urile ne-au descris comportamentul sexual compulsiv parafilic, care se deosebeşte de comportamentul sexual compulsiv non-parafilic. În primul caz vorbim de o deviere sexuală orientată distructiv către alte persoane: sadomasochismul, pedofilia, exhibiţionismul, voyeurismul, travestismul, fetişismul. Pe de altă parte, în comportamentul sexual non-parafilic devierea sexuală nu face rău persoanelor din jur. Aici sunt incluse: masturbarea (un autoerotism compulsiv), adicţia de cybersex (folosirea compulsivă a Internetului), folosirea compulsivă a eroticii (uzul de materiale pornografice), „cruiser" (parteneri multipli), comportamentul compulsiv folosind masajul erotic şi chiar sexualitatea compulsivă într-o relaţie (Coleman, 2003).

Sunt autori care susţin că, dintr-un anumit punct de vedere, adicţia sexuală este la fel de periculoasă şi distructivă precum adicţia de substanţe chimice. Adicţia poate primejdui mariajul şi întreaga viaţă de familie, poate deteriora performanţa profesională, poate creea conflicte, traume, depresii şi sinucideri. Chiar şi când realizează care sunt consecinţele, pacienţii nu-şi pot controla compulsia fără a urma un tratament medicamentos. Studiile arată că pentru mulţi dintre aceştia sexul amplifică calitatea vieţii. Aceleaşi studii au scos la iveală că aproximativ 6% dintre americani suferă de adicţie sexuală. De-a lungul timpului ei se pot răni, pot avea experienţe psihologice dăunătoare, îşi pot pierde mijloacele de trai şi pot distruge relaţiile cu cei din jur. Adicţia sexuală, în cele mai multe situaţii, apare însoţită de dependenţa de substanţe psihoactive. Aceşti pacienţi nu numai că se pun în peri-

col pe ei înşişi, dar pun în pericol propriii parteneri, prin riscul de a se contamina cu HIV (parteneri multipli, sex neprotejat) sau de alte boli cu transmitere sexuală.

În *American Journal of Psychiatry,* Goodman (1989) a propus un set de criterii de diagnostic pentru tulburările adictive, care poate fi aplicat şi comportamentului sexual.

Criterii pentru diagnosticarea tulburării adictive

Pentru a diagnostica tulburarea adictivă se folosesc următoarele criterii:

1. implicare frecventă în comportament pentru a se ajunge la un grad mai mare de satisfacţie sau pentru o perioadă mai lungă decât a intenţionat iniţial;

2. dorinţă persistentă pentru comportament sau unul sau mai multe eforturi pentru a reduce sau a controla comportamentul;

3. timp îndelungat petrecut în activităţi necesare comportamentului sau pentru reducerea efectelor;

4. preocupare frecventă pentru comportament sau pentru activităţile preparatorii;

5. preocupare pentru comportament când se aşteaptă la împlinire profesională, academică.

6. limitatea sau renunţarea la importante activităţi sociale, profesionale sau recreaţionale din cauza comportamentului;

7 continuarea comportamentului, conştient fiind de faptul că acesta îi cauzează probleme fizice, sociale, financiare şi psihologice;

8. nevoia de a mări intensitatea sau frecvenţa comportamentului pentru obţinerea efectului dorit, sau diminuarea efectului continuând comportamentul sau de a păstra aceeşi intensitate;

9. Nelinişte sau iritabilitate în situaţia în care îi este imposibil să activeze acest comportament.

Cel puțin trei criterii dintre cele nouă amintite trebuie să fie prezente pentru stabilirea diagnosticului, iar dintre acestea unele trebuie să persiste pe o perioadă de cel puțin o lună, sau să se repete pe o perioadă mai lungă de timp (Goodman, 1989, în Schneider J., 1991, p. 25)

Un an mai târziu a completat această listă cu alte criterii şi anume: incapacitatea de a rezista la impulsurile care împing spre executarea acestui comportament (adictiv), senzație de creştere a tensiunii care precedă începutul comportamentului, plăcere pe toată durata comportamentului, senzație de pierdere a controlului în timpul comportamentului (Goodman, 1990, p. 1404, în Poudat, 2006, p. 144). Orice comportament care este folosit cu scopul de a produce gratificație (şi totodată care creează un disconfort intern) poate duce la compulsivitate şi poate constitui o tulburare adictivă.

Pe scurt, caracteristicile fiecărei tulburări adictive sunt următoarele: compulsivitate, pierderea abilității de a alege liber de a se opri sau de a continua; continuarea comportamentului în ciuda consecințelor nefaste: pierderea job-ului, distrugerea căsniciei şi pierderea libertății personale. Activitatea devine în mod clar obsesivă. Când comportamentul sexual este compulsiv şi continuă să fie compulsiv chiar dacă apar urmări grave, se instalează adicția. Persoanele adictive sexual prezintă tendința de a sexualiza celelalte persoane şi situații şi de a găsi conotații sexuale la cele mai multe remarci; ele petrec mult timp şi risipesc o groază de bani urmărind satisfacerea rapidă a acestei preocupări obsesive. Fiecare comportament sexual poate fi parte a ciclului adicției: contextul comportamental trebuie să fie luat în considerare dacă comportamentul este compulsiv.

Ceea ce pentru unii oameni pare sănătos pentru alţii este categoric nesănătos, aşa cum alcoolul pentru unii provoacă consecinţe destul de grave, iar alţii sunt în regulă a doua zi. Dacă îi asculţi, constaţi cum aceste persoane descriu o euforie ce însoţeşte sexul, precum cea descrisă de consumatorii de droguri, ca un efect al endorfinelor şi al altor substanţe chimice din creier care sunt produse de consumul de droguri.

Unii autori, Milkman şi Sunderwirth (1987), au clasificat adicţia sexuală ca o excitare dependentă din cauză că efectele asupra creierului sunt similare cu efectele cocainei, amfetaminelor, adicţiei jocurilor de noroc. În contrast, adicţia la alcool, sedative sau hipnotice şi mâncare sunt considerate a fi adicţii pentru saţietate. Ca şi la consumatorii de alcool sau alte persoane adictive, comportamentul dependenţiilor de sex duce la gânduri distorsionate, raţionalizând şi justificând propriul comportament, în timp ce îi învinovăţesc pe alţii pentru problemele rezultate. Ei neagă că ar avea probleme şi îşi caută scuze pentru propriul comportament. Din păcate, distorsionarea realităţii, minciuna sau diminuarea unor efecte sau a unor costuri personale sunt prezente.

Pe baza unui studiu efectuat asupra a 600 de indivizi identificaţi ca fiind „sex addicts", Carnes a categorisit adicţia sexuală în 11 pattern-uri. Dependenţii de sex în mod uzual participă compulsiv la mai mult de un singur tip de comportament sexual. De exemplu, ei se pot masturba compulsiv, pot fi dependenţi de pornografie dar şi de prostituţie (Carnes, 1991). Cu toate că unii dependenţi de sex sunt hipersexuali, căutând raporturi sexuale sau orgasm de câteva ori pe zi, cei mai mulţi nu sunt aşa. Pentru dependentul care are aventuri amoroa-

se, euforia poate surveni din cauza senzației, a emoției pe care o simte mai mult decât din cauza experienței sexuale în sine. Mulți dependenți de sex au raportat un progres al propriei adicții prin acceptarea unor noi riscuri sau prin încercarea de a avea comportamente sexuale inedite pentru a menține efectul euforic.

Ca instrument de screening, Carnes a dezvoltat Testul Screening pentru Adicția Sexuală, regăsit la finalul cărții, un chestionar cu 45 de itemi în care subiectul răspunde prin da sau nu. În 2018, Norvegia (Universitatea din Bergen) validează pe o populație de 23.533 de subiecți (15.299 femei - 65% şi 8.234 bărbați - 35%), un nou instrument: Bergen–Yale Sex Addiction Scale (BYSAS). Toți participanții au avut vârsta peste 16 ani (media 35,8 ani), cei mai mulți fiind cuprinşi între 16 şi 30 de ani (40%), cei mai mulți găsindu-se într-o relație (65,3%) şi având educație: 2,350 au absolvit învățământul obligatoriu (10%), 5.949 erau absolvenți de liceu (25,3%), 3.989 de şcoală profesională (17%), 7.630 erau licențiați (32,4%), 3.343 cu master (14,2%) şi câțiva - 272 - chiar cu doctorat (1,2%) (Andreassen et al, 2018). Scala, cu o bună consistență internă, măsoară modificări ale dispoziției, toleranța, simptomele de sevraj, conflictele şi recăderile şi pierderea controlului.

Elemente ale istoricului familial

Dependenții de sex, precum alcoolicii sau alți dependenți, provin mereu dintr-o familie dezorganizată, în care de obicei un părinte este dependent de o substanță, este agresiv sau instabil emoțional. Într-un studiu în care au fost chestionați 75 de dependenți de sex aflați în recuperare, doar 20%

dintre aceştia au afirmat că părinţii lor nu sufereau de nicio dependenţă. Cel puţin unul din părinţi a fost dependent de o substanţă (40%), unul sau ambii părinţi au fost dependenţi de sex (36%), cel puţin un părinte a avut tulburări de alimentaţie (33%) şi doar 7% din 75 a avut un părinte dependent de jocurile de noroc (Schneider, 1991, p. 56).

Dificultăţile sexuale sunt comune în familiile dependenţilor de sex. Marea majoritate a dependenţilor de sex, aproape 82% din cei 600 de participanţi ai studiului lui Carnes, au fost abuzaţi sexual în copilărie, 73% au fost abuzaţi fizic şi 97% au fost abuzaţi emoţional (Carnes, 1991). Dintre bărbaţii dependenţi, 3% au fost forţaţi de către tată să facă sex şi 11% de către mamă. Ceilalţi 41% au fost abuzaţi de către vecini, asociaţii de afaceri ai părinţilor sau străini, pe când 8% au fost molestaţi de alţi adulţi autoritari.

În unele familii nu s-au raportat incesturi. Copiii lipsiţi de suport familial tind să fie vulnerabili odată cu exploatarea sexualităţii lor, copiii care au fost abuzaţi sexual pot să aibă mai târziu o frică de sex, să creeze confuzie între sex şi dragoste sau să creadă că singura cale de a se raporta la ceilalţi este sexul. Mai mult de jumătate din dependenţii de sex, chestionaţi în studiul amintit, au provenit dintr-o familie rigidă, detaşată emoţional, în care discuţiile despre sex erau tabu, sau chiar respingătoare, ceva despre care nu se vorbeşte.

Elemente distinctive ale dependenţei de sex

Autori precum Earle şi Crow (1998) au inclus dependenţa de sex (DdS) în cadrul toxicodependen-

ților, punând accentul pe senzația extraordinară de plăcere pe care o oferă obiectul dependenței și care este utilizat având funcție de anestezic pentru o inconvenientă sau pentru o suferință psihică. Prin urmare, sexul este adoptat ca un drog prin care se caută plăcere. În același timp, într-o oarecare măsură sexul produce sentimente de inadecvență, de rușine, de diversitate și de solitudine, generând suferință, reactivând nevoia de a anula, de a închide cercul dependenței (Avenia și Pistuddi, 2007).

În analiza celor doi autori paralelismul dintre dependența de sex, toxicodependență și alcoolism este foarte apropriat. Aceștia suprapun posibilitatea de a controla dorința, comportament ce duce la satisfacerea acesteia și, inevitabil, starea depresivă care urmează. Este subliniată componenta esențială, adică aceea de a obține plăcere, făcând să se potrivească perfect valoarea anestezică a obiectului dependenței și cercul vicios care se instaurează rezultând o progresivă degenerare a vieții individului. Descrierea psihopatologiei dependenței de sex a celor doi autori își propune să afirme o cauzalitate biochimică a producerii endogene de substanțe stupefiante.

Cu toate că studiile desfășurate în Statele Unite și în Italia au evidențiat existența unui număr considerabil de dependenți, totuși cauzele comportamentului nu sunt perfect elucidate. Foarte puține cazuri sunt studiate în detaliu, care să ofere o evaluare statistică despre etiologia psihică și prin aceasta să permită o modalitate de tratament. Procesul de cunoaștere a subiectului dependent de sex implică și contextul familial, membrii familiei, istoria personală văzută de pacient sau povestită în mod direct de către membrii familiei.

Dacă rămânem în sfera dependenței de sex, încadrată în categoria toxicodependenței, trebuie să uniformizăm doi parametri. În ceea ce priveşte primul parametru, adică seducția sau, cu alte cuvinte, nevoia de a consuma drogul, acest fenomen este sintetizat de renumitul farmacolog Bruno Silvestri cu cuvintele următoare: atracția față de drog ne conduce în mod fundamental la trei stări ale motivației:

1) *suferința minții şi a corpului* (psihică şi fizică), sub formă de teamă, anxietate, insomnie, angoasă, tensiune. Cauzele pot fi exogene sau endogene;

2) *nevoia de a se distinge de alții* şi de a câştiga stimă din partea lor, unită cu teama de a nu fi la înălțime;

3) *dorința de a scăpa de grijile vieții cotidiene* pentru a lăsa libere visele, fanteziile, imaginația.

Ce-l de-al doilea parametru, în schimb, urmăreşte raportul dintre predispoziția constituțională şi factorii externi; trebuie să reținem că există două tipologii extreme ale toxicodependențelor: aceea cu o puternică predispoziție constituțională şi alta cu o influență relativ modestă a factorilor externi (Avenia, 2001).

Dacă unul dintre elementele unice recunoscute şi acceptate pentru dependența de sex este insațiabilitatea apetitului sexual, putem spune că granița dintre dependența de sex şi sexul văzut în mod normal este echivalentă de exemplu, cu uzul şi abuzul de alcool? Chiar dacă insațiabilitatea este o caracteristică a dependenței de sex, totuşi dependența de sex este un fenomen mult mai complex.

Martin P. Kafka, profesor de psihiatrie la Harvard Medical School, care s-a ocupat de-a lungul timpului de dependența de sex, susține că tul-

burările hipersexuale non-parafilice sunt în special dereglări sau dezinhibiții ale excitației dorinței sexuale umane. Cauza comportamentului dependentului sexual este identificarea într-o reglare anormală a dorinței sexuale, într-o dezinhibiție: semnul distinctiv al acestei dezinhibiții care dă statusul unei condiții clinice este comprehensiunea voinței; timp îndelungat cheltuit în impulsuri, activitate şi fantezie non-relațională, şi consecințele personale şi psiho-sociale nefavorabile care însoțesc dezinhibiția sexuală (Kafka, 2000, p. 534, în Avenia, 2007).

Până în prezent nu s-a identificat nicio genă responsabilă pentru dependența de sex. Există însă câteva proiecte în derulare în Canada şi America, conduse de dr. Carnes. Totodată, există o serie de teorii biochimice, iar Martin Kafka este unul dintre pionierii acestor teorii. Kafka a explorat ceea ce el a denumit „ipoteza monoaminelor" dependenței de sex. „Monoamine" este un termen-umbrelă pentru cei trei neurotransmițători din creierul nostru, şi anume: dopamină, norepinefrină şi serotonină. Conform teoriilor psihiatrului şi sexologului Martin Kafka, persoanele cu un comportament sexual compulsiv prezintă o dereglare în neurotransmițătorii mai sus amintiți. Cel mai mare responsabil pare a fi serotonina. Dezbaterile care au avut loc în lumea academică medicală americană au pus în centru ipoteza conform căreia se dorea stabilirea unei legături între nivelurile de serotonină şi tulburările psihiatrice. Kafka consideră că persoanele dependente de sex prezintă un nivelul scăzut de serotonină. Serotonina, după cum se ştie, este implicată la mai multe niveluri în comportamentul sexual, atât spinal cât şi supraspinal, exercitând efecte în principal inhibitorii asupra comportamentului sexual al bărbatului adult (Mogoş, 2007, p. 11.)

Pasini are o altă teorie. El pune accentul pe compulsivitatea dorinței ca element distinctiv al condiției aceluia ce trăieşte un intens apetit sexual dar e capabil să-l controleze (Pasini, 2002).

Limita pare a fi stabilită de o dorință dereglată şi de o imposibilitate de a gestiona dorința şi satisfacerea acesteia. Aici intră conceptul de compulsivitate, compulsii care, conform definiției din DSM-IV-TR, sunt comportamente repetitive sau acțiuni mentale în care obiectivul este acela de a preveni sau reduce anxietatea. Spălarea mâinilor mereu nu este cauza unei dereglări a dorinței inerente, ci este un comportament, o acțiune ce produce un efect diferit de cel intrinsec, şi anume: evitarea, diminuarea sau neperceperea inconvenienței interioare.

Alți autori, tratând subiecți dependenți de sex, au scris: „putem să definim aceşti subiecți ca fiind «insațiabili de sex», chiar dacă în realitate se caracterizează mai ales prin profunda incapacitate de a diferenția satisfacerea nevoii de a tolera sau, cum afirma Bion, frustrarea absenței. Ceea ce este cu adevărat dramatic nu este insațiabilitatea în sine, ci dimensiunea emotiv-afectivă supusă simptomului, caracterizată de o componentă depresivă" (Di Maria şi Falgares, 2004, p. 24)

În schimb, Carnes, specialistul de cel mai mare renume al acestui fenomen (director al Serviciului de Tulburare Sexuală al Institutului Meadows din Arizona), înțelege dependența de sex ca pe o relație bolnavă cu ceilalți, deplasând din nou centrul de greutate al comprehensiunii şi poziționându-l în exterior. Cu alte cuvinte, o relație patologică cu sexul.

Există şi voci care susțin altceva. De exemplu Charlotte Kasl, o reprezentantă a femeilor depen-

dente de sex, susține că „la femei «sexual addiction» reflectă internalizarea normelor masculine ale sexualității, care implică putere, forță şi control" (Irvin, 2005, p. 168). Într-un mod simplu, dar adevărat, ea defineşte adicția sexuală atunci când sexul este separat de dragoste şi afecțiune. Accentuând latura spirituală a sexualității, Kasl e de părere că, comportamentul sexual adictiv reflectă un mare deficit spiritual. Dependenții, afirmă Kasl, consideră că ceea ce este în afara noastră ne poate face fericiți, că ceea ce este din ce în ce mai mult, mai puternic şi mai repede este mai bine pentru noi (Kasl, 1989, p. 10).

În schimb, pentru Helen Singer Kaplan, sexolog de renume, „sexual addiction" reprezintă un fenomen destul de rar, iar termenul însuşi nu are nicio valabilitate ştiințifică. Cum însăşi sexologia este o ştiință în continuă schimbare, tind să cred că şi opiniile specialiştilor sunt dinamice odată cu trecerea timpului.

Diversele interpretări ale dependenței de sex pot continua. Să nu uităm faptul că nici în manualul DSM-IV-TR şi nici în ICD-10 nu apare diagnosticul „dependent de sex" Apar doar unele parafilii, precum exhibiționismul şi voyeurismul, care sunt asociate ca nişte comportamente hipersexuale.

Cea mai evidentă caracteristică a dependenței de sex este reprezentată, fără niciun fel de dubiu, de **centralitatea sexului în viața subiectului.** Persoanele care sunt dependente de sex îşi orientează şi-şi reglează propria viață în baza posibilităților de satisfacere a dorințelor sexuale. Opțiunile lor sunt să indentifice condiția cea mai posibilă de a realiza comportamentele sexuale dorite şi care nu sunt controlabile printr-o altă modalitate.

Prin centralitate, înțelegem rolul hegemon al sexualității în viața subiectului care atribuie satisfacerii dorințelor sexuale o poziție dominantă (sex, sex, sex). Se creează astfel o nouă structură de semnificații şi o scală anormală a priorităților în cadrul căreia fiecare acțiune își găseşte motivație şi justificare, un proiect de viață esențialmente distorsionat, dar capabil de a susține şi de a orienta subiectul în alegerile lui (Avenia, 2000, p. 311).

Prima caracteristică a fenomenului, centralitatea, este pusă în strânsă legătură cu abundența şi raportul cu consecințele. Prin abundență se înțelege impulsul de nestăpânit al comportamentului sexual cu insinuarea în fiecare moment al vieții subiectului dependent, pentru că sexualitatea nu este dominantă doar la nivel mental (centralitate) ci şi la nivel practic, răspândindu-se în mare parte dintre acțiunile cotidiene.

Raportul cu consecințele poate fi cultivat în dublul său aspect: subiectiv (subevaluând şi ignorând importanța consecințelor) şi obiectiv (producerea consecințelor). Astfel, pe de o parte, notăm un raport distorsionat cu consecințele, adică o subevaluare, pe de altă parte, se evidențiază efecte dăunătoare asupra vieții subiectului sau altor persoane (partener, familie etc.).

Subiectul are tendința de a înțelege că, în general în prima perioadă nu există consecințe negative nici pentru *sexual addicts*, nici pentru cei din jur, deoarece comportamentele nu sunt atât de exagerate sau pentru că încă se mai pot gestiona.

Persoana dependentă de sex îşi orientează opțiunile în baza unei scale de priorități şi valori alterate, pentru că pune în centru satisfacerea impulsurilor sexuale. Astfel că, inevitabil, se produc consecințe dăunătoare pentru el şi pentru cei din jurul său.

Când dependentul de sex nu reuşeşte să-şi frâneze comportamentele sexuale, rezultând amintitele consecinţe, se evidenţiază cea de-a patra caracteristică a dependenţei de sex: **imposibilitatea de a se abţine, în ciuda consecinţelor**. Consecinţele pot fi subevaluate de subiect sau subiectul poate să nu se preocupe de acestea, ajungând chiar să le nege, printr-o percepere eronată (distorsionată) a realităţii (Avenia, 2007, p. 28).

Ultimele două elemente caracteristice dependenţei de sex sunt toleranţa şi abstinenţa. În ceea ce priveşte primul criteriu, trebuie să luăm în calcul doi parametri: unul temporar, care evaluează creşterea frecvenţei comportamentelor dependente şi al doilea, legat de obiect, care ia în considerare creşterea stimulilor necesari pentru a activa comportamentul (Avenia, 2007, p. 31).

Abstinenţa, în schimb, se află încă într-o situaţie controversată, deoarece în timp ce unii autori o recunosc, alţii, printre care şi Carnes, nu o includ printre cele 10 caracteristici principale ale dependenţei de sex. Probabil opiniile diferite au apărut ca rezultat al variabilei temporare, deoarece fenomenul se dezvoltă sensibil de-a lungul timpului, perioade lungi, şi de faptul că în situaţii de normalitate este uşor de observat existenţa unor simptome de abstinenţă, ca o iritabilitate şi o agresivitate majore.

În concluzie, dependenţa de sex este un fenomen foarte complex, şi deloc uşor de a fi identificat cu exactitate, mai ales în primele faze. Avem totuşi câteva elemente certe care pot ajuta la stabilirea unor criterii clare de diagnostic, şi anume: centralitatea, raportul cu consecinţele, imposibilitatea de a se abţine, în ciuda consecinţelor, imposibilitatea de a controla impulsul şi toleranţa.

Relevante pentru discuţia din acest moment sunt rezultatele unei cercetări-grant a Universităţii Texas Pan American din 2010, pentru stabilirea unor criterii distinctive ale dependeţei de sex, în paralel cu celelalte tipuri de dependenţe, autor fiind dr. Russell Eisenmann. Studiul a adunat 9.313 de studenţi, dintre care 3.083 erau băieţi, iar 6.230 erau fete. De menţionat că studiul s-a desfăşurat în universităţi din S.U.A. şi Canada, participanţii primind o listă cu 13 itemi şi o scală de la 0-100 pe care să-şi bifeze dependenţa. Surprinzător, rezultatele au arătat că bărbaţii sunt mai dependenţi decât femeile, iar femeile sunt mai deschise în a răspunde la întrebările referitoare la dependenţa de alcool, ciocolată ori mâncare în general (Eisenman, 2010). Russell Eisenman a subliniat ceea ce cercetările anterioare au exprimat şi anume că dacă o persoană prezintă o lipsă a controlului şi o dependenţă într-o arie oarecare va avea probleme şi în alte arii (Oltmanns, 2003). De exemplu, dragoste şi sex, persoane dependente de ambele, cu alte cuvinte există o interrelaţie între dependenţe.

Eisenman, mai departe, face distincţie între dependenţa de sex şi dependenţa de dragoste. În viziunea lui există anumite persoane dependente de sex, iar altele dependente de dragoste, iar unele persoane pot fi dependente şi de sex şi de dragoste.

Rezultatele cercetării au mai pus în evidenţă şi faptul că bărbaţii sunt mai dependenţi de alcool, amfetamine, cocaină, heroină, marijuana, jocuri de noroc, sex, pe când femeile s-au dovedit a fi mult mai dependente de ciocolată, ţigări şi mâncare în general. Ceea ce înseamnă că există diferenţe între genuri. Aceste rezultate respectă oarecum biologicul genului, deoarece bărbaţii fiind mai aventuroşi decât femeile, şi tipurile de dependeţă sunt speci-

fice genului. Diferenţele pe care aceste rezultate le-au arătat nu depind însă doar de gen în sine, ci pot depinde şi de mediu şi modul în care se manifestă un student sau o studentă (cercetarea incluzând doar studenţi). Dacă femeile s-au arătat a fi mai dependente de ciocolată, nu înseamnă că nu pot fi şi bărbaţi dependenţi de ciocolată, căci mediul şi experienţa personală au un rol fundamental în modularea propriului comportament (Cattaneo, 2006, p. 93).

Desigur, datele preluate prin self-report sunt mereu susceptibile de distorsiuni şi erori. Ideea principală desprinsă din această cercetare era legătura între sexual addiction şi celelalte tipuri de adicţie.

Criterii pentru dependenţa de substanţă

Conform Manualului de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM-IV) elementul esenţial al dependenţei de o substanţă îl constituie un grup de simptome cognitive, comportamentale şi fiziologice ce indică faptul că individul continuă folosirea substanţei, cu toate că are numeroase probleme datorate acestui fapt. Există un pattern de autoadministrare repetată care duce la toleranţă, abstinenţă şi la un comportament compulsiv de luare a drogului în cauză. Cu excepţia cafeinei, diagnosticul de dependenţă de o substanţă poate fi aplicat oricărei clase de substanţe, şi anume: alcool, amfetamine, canabis, cocaină, halucinogene, inhalante, nicotină, opiacee, phencyclidină, sedative, hipnotice, anxiolitice, sau alte substanţe.

Criteriul 1 este **toleranţa**, adică necesitatea de cantităţi tot mai mari de substanţă pentru a ajun-

ge la intoxicație (sau la efectul dorit) ori un efect diminuat considerabil prin continuarea folosirii aceleiaşi cantități de substanță. Gradul pentru care se dezvoltă toleranța variază mult în raport cu diferite clase de substanțe (DSM-IV, p. 198).

Criteriul 2, **abstinența**, este o modificare dezadaptativă de comportament, cu concomitențe fiziologice şi cognitive, care survine când concentrațiile sanguine sau tisulare ale unei substanțe diminuează, la un individ care a menținut un uz prelungit de cantități mari de substanță.

Itemii de la 3 până la 7 descriu patternul de uz compulsiv al unei substanțe care este caracteristic dependenței. Individul poate lua substanța în cantități mari sau o perioadă mai lungă de timp decât intenționa inițial (de exemplu, continuă să bea până ce se intoxică sever, în disprețul faptului că şi-a propus ca limită un pahar). Individul îşi poate exprima dorința persistentă de a suprima sau regla uzul de substanță. Există adesea multe eforturi fără rezultat de a reduce sau chiar suprima uzul (criteriul 4).

Individul poate pierde foarte mult timp pentru a obține substanța, a o consuma ori pentru a se recupera după efectele ei (criteriul 5). În unele cazuri de dependență de substanță, virtual, toate activitățile cotidiene ale persoanei se învârt în jurul substanței. Activitățile sociale, profesionale sau recreaționale pot fi abandonate sau reduse din cauza uzului unei substanțe. Individul se poate retrage din activitățile de familie şi din hobby-uri pentru a uza de substanță în mod privat sau pentru a petrece cât mai mult timp cu amicii. În disprețul recunoaşterii rolului contributiv al substanței la o problemă psihologică sau somatică (de exemplu, simptome depresive severe ori leziuni ale diverselor organe), persoana continuă să facă uz de substanță.

Tema cheie în evaluarea acestui criteriu nu este existența problemei, ci mai curând incapacitatea individului de a se abține de la uzul de substanță, în disprețul faptului că are proba dificultății pe care aceasta i-o provoacă.

Prezint mai jos criteriile pentru dependența de o substanță.

Un pattern dezadaptativ de uzul de o substanță, care duce la deteriorare sau detresă semnificativă clinic manifestată prin trei sau mai mult din următoarele, şi care survin oricând în cursul aceleiaşi perioade de 12 luni:

1. Atingerea unui nivel de toleranță, aşa cum este definită de oricare dintre următoarele:

(a) necesitatea de cantități de substanță considerabil crescute pentru a ajunge la intoxicație sau la efectul dorit;

(b) efect redus în mod considerabil prin continuarea uzului aceleiaşi cantități de substanță.

2. Abstinență, manifestată prin oricare din următoarele:

(a) sindromul de abstinență caracteristic substanței (se referă la criteriile A şi B ale setului de criterii pentru abstinența de substanțe specifice);

(b) aceeaşi substanță (sau o substanță strâns înrudită) este consumată pentru a atenua sau a evita simptomele de abstinență;

3. Substanța este luată adesea în cantități mari sau o perioadă de timp mai lungă decât era preconizat;

4. Există o dorință persistentă de a consuma substanța, concomitent cu existența unor tentative infructoase de a controla sau suprima uzul de substață;

5. O mare parte a timpului este risipită în activități necesare obținerii substanței (de exemplu, vizitarea mai multor doctori sau condus pe distanțe

mari), uzului substanței (de exemplu fumatul în lanț) sau recuperării din efectele acesteia;

6. Abandonarea sau cel puțin reducerea unor importante activități sociale, de muncă sau recreaționale din cauza uzului de substanță;

7. Consumul de substanță este continuat în ciuda faptului că persoana este conştientă că are o problemă somatică sau psihologică, persistentă sau recurentă, care este posibil să fi fost cauzată sau exacerbată de substanță (de exemplu, uz curent de cocaină deşi ştie că acesta induce depresie, sau băut continuu deşi ştie că un ulcer este agravat de consumul de alcool).

De specificat dacă:

Cu dependență fiziologică: proba toleranței sau abstinenței (adică este prezent itemul 1 sau 2);

Fără dependență fiziologică: nicio probă de toleranță sau de abstinență (adică nu este prezent nici itemul 1 şi nici itemul 2).

Substratul neurobiologic al dependenței

Cercetările care au avut scopul de a identifica un substrat neurobiologic al fenomenului de dependență au avut ecou odată cu primele cercetări experimentale ale lui Olds şi Milner (1954). S-a demonstrat existența unor structuri cerebrale ce transmit apetitul senzației de plăcere gratificate pe care le-a denumit Centrul Cerebral al Plăcerii (CCP), localizat în regiunea ce cuprinde hipotalamusul posterior şi nucleii sistemului limbic (Liggio, 2007, p. 44).

Cei doi autori au activat în laborator diferite arii cerebrale ale animalelor (şoareci, pisici, câini), prin stimulare electrică, cu scopul de a cerceta existența unor regiuni, care odată ce au fost stimulate

favorizează învăţarea. Prin aceasta, observând că simpla stimulare a anumitor arii cerebrale va induce animalului căutarea compulsivă a situaţiei ce coincide cu stimularea. Ca de exemplu, dacă stimularea era executată în momentul în care animalul se găsea într-un colţ al cuştii, el se reîntorcea repede, iar dacă stimularea era percepută în timp ce-şi ţinea capul în sus, el se îndrepta în sus, demonstrând că a avut în cele din urmă un comportament asociat cu cel al stimulării. În experiment, animalele se deplasau lovindu-se de o pârghie, pârghie care provoca stimularea acelor arii cerebrale specifice, învăţând imediat să acţioneze pârghia pentru autostimulare. Frecvenţa cu care animalul acţiona pârghia respectivă constituia indicele de nevoie pentru autostimulare.

În mod cu totul special, ariile cerebrale erau autostimulate de animal cu o frecvenţă uimitoare, ajungând până la 5000 de autostimulări pe oră, adică mai mult de o autostimulare pe secundă. În concluzie, frecvenţa autostimulărilor selective corespunde în directă măsură experienţei gratificate a animalului, chiar dacă multe dintre ele preferă autostimularea la mâncare. Astfel, regiunile care au reacţionat cel mai bine la autostimulare au fost cele localizate în hipotalamusul posterior (anterior corpilor mamilari până la zona preoptică) şi în sistemul limbic (nuclei septali, în special) (Liggio, 2007, p. 45).

Deci, prin aceste experimente s-a putut realiza o hartă a regiunilor cerebrale care mediază comportamentul de dependenţă evidenţiind rolul fundamental al circuitului cerebral asociat cu trăirea introspectivă a plăcerii (circuitul de gratificare - CG).

Substratul fundamental al circuitului prezis e rezultatul sistemului mezolimbic dopaminergic

(SMD) constituit de un grup de neuroni grupaţi în aria tegmentală ventrală (ATV) ce transmite proiecţii în diferite arii ţintă şi în special către nucleul acumbens (NA). Acest circuit dopaminergic care leagă ATV de NA este indispensabil pentru dependenţă deoarece s-a constatat că întreruperea acestuia provoacă la animalele supuse experimentului pierderea oricărui interes pentru substanţele stupefiante. La mamiferele superioare, circuitul de gratificare se integrează cu acele regiuni cerebrale care fac disponibil individul pentru activităţi ce produc plăcere precum alimentaţia şi sexualitatea (Avenia, 2007, p. 45).

Printre aceste regiuni trebuie menţionată şi amigdala (implicată printre altele şi în evaluarea introspectivă a plăcerii). Amigdala primeşte semnale de la cortexul senzitivo-senzorial atribuind stimulilor un răspuns emoţional. Intensitatea acestuia este sub controlul cortexului prefrontal (Williams, 2004, p. 482), hipocampului (implicat în înregistrarea experienţelor negative şi pozitive) şi ariei inhibitorii gabaergice a cortexului prefrontal. Totodată, legătura dintre ATV-NA funcţionează ca o supapă pentru gratificare pentru că sunt implicaţi în informare centrii decizionali ai entităţii plăcerii ai unei acţiuni date, procesând în aşa mod încât acţiunea este memorată şi, deci, repetată în directă măsură cu intensitatea plăcerii sale. Totul a fost confirmat prin rezonanţă magnetică (MRI) sau prin tomograful cu emisie de pozitroni (PET) şi s-a putut observa că ATV şi NA la indivizii dependenţi de cocaină s-au activat odată cu consumul de substanţă. Pentru că se observă aceeaşi activare a complexului amintit, ATV-NA, şi pentru cei ce joacă jocuri de noroc, compulsiv, se deduce că aceeaşi structură cerebrală susţine fiecare tip de dependenţă cu un relativ comportament obsesiv-compulsiv.

Activităţile gratificante apetitive induc „impregnări" de neurotransmiţători catecolaminici specifici, adică dopamină, în complexul ATV-NA, care dezactivează temporar proteina de transport. Acesta reintroduce neurotransmiţătorul (dopamina) în neuronii ATV la fel ca în consumul de cocaină sau amfetamine, pe când substanţele stupefiante opiacee stimulează direct terminaţiile dopaminergice ale NA pentru stoparea dopaminei în exces, generând un sens introspectiv de plăcere (Bălăceanu-Stolnici, 2012).

Experimentele pe şoareci, capabili să producă d-FosB în exces în NA, i-au evidenţiat ca fiind hipersensibili la substanţe stupefiante. S-a mai demonstrat că d-FosB are un rol important în geneza comportamentului compulsiv secundar oricărui tip de stimuli de gratificaţie şi că abuzul de substanţe stupefiante conduce la formarea de noi puncte dendritice şi, deci, de ulterioare sinapse în cadrul NA, ce se pot prelungi pentru multă vreme, chiar şi după stoparea consumului de substanţă. În unele fenomene sunt implicate şi alte regiuni cerebrale printre care în mod special amigdala, hipocampul şi cortexul prefrontal, toate regiunile care schimbă mesaje sau cu ATV sau cu NA. Substanţele stupefiante şi activităţile de gratificare au provocat creşterea concentraţiei de dopamină în complexul ATV-NA, alterând pragul de sensibilitate al glutaminei (neuromediator excitator) rezultând tipicul mecanism de condiţionare operantă, insaţietate, dorinţa de a repeta experienţa (Avenia, 2007, p. 46).

Rolul prolactinei în saţietatea sexuală

Orice perspectivă am avea nu trebuie să ignorăm faptul că dorinţa sexuală, excitaţia dar şi orgasmul sunt mediate de interacţiunile complexe ce au loc între sistemul nervos autonom, atât la

nivel cerebral, cât şi la nivel spinal şi periferic. Integrarea sistemului nervos autonom cu sistemul endocrin duce la definirea comportamentului sexual al bărbatului şi al femeii, care răspunde într-un mod determinant la influenţele cerebrale. Modul în care va răspunde şi rezultatul acestor interacţiuni determină comportamentul sexual al subiectului. Se înţelege cum unica schimbare a acestor diferite niveluri de interacţiune poate modifica într-o manieră importantă obiceiurile sexuale ale unei persoane.

La nivel fizic, modificările endocrine, vasculare cauzate de vârstă, de o anume patologie, sau chiar de intervenţiile chirurgicale sau de toxicitatea terapiilor farmacologice pot fi cauza acestor modificări. Rămâne întrebarea: în ce măsură factorii psihologici, culturali, sociali, religioşi sau de viaţă relaţională pot acţiona la niveluri corticale, stimulând sau inhibând funcţia sexuală?

Studiile clinice au definit în mod precis răspunsul hormonal la stimulii sexuali şi la reacţia organică (Goldstein, 1997; Brody, 2006). Aceste studii au evidenţiat faptul că prolactina este singurul hormon, dintre cei examinaţi - adică: adrenalina, noradrenalina, cortizolul, testosteronul, estradiolul, LSH-ul, FSH-ul, vasopresina, oxitocina, endorfinele -, a cărei concentraţie a crescut într-o măsură semnificativă de-a lungul timpului. Prolactina este un hormon polipeptidic, sintetizat, depozitat şi secretat de lobul anterior al hipofizei (glanda endocrină situată la baza creierului), care are numeroase funcţii, printre care şi activitatea lactogenă prin declanşarea secreţiei lactate şi menţinerea producţiei de lapte. Secreţia de prolactină de către hipofiză (antehipofiză) este reglată de dopamină (Alei, în Avenia, 2007, p. 56).

În sens contrar, după o creştere iniţială, concentraţia oxitocinei va reveni la nivelurile normale după zece minute ale evenimentului (Kruger, 2002).

O altă caracteristică a prolactinei este aceea că este unicul hormon dintre cei examinați în care nivelurile de concentrație sunt ridicate după o oră de la producerea orgasmului. Ca atare, eliberarea de prolactină de către glanda pituitară (hipofiza) indusă de orgasm este corelată cu fazele post-orgasmice. Interesantă este evidența rezultată că un orgasm generat de un raport sexual determină o eliberare crescută de prolactină dacă comparăm cu un orgasm obținut prin masturbare (Brody, 2006). În acelaşi studiu al lui Brody s-a evidențiat faptul că la pacienții chestionați nivelurile de prolactină au variat, ajungând până la 400% comparând două orgasme diferite.

Acțiunea acestui hormon se desfăşoară la nivel central unde, trecând prin receptori specifici ai centrilor dopaminergici dedicați controlului comportamentului sexual, acționează reducând dorința sexuală. Acțiunea prolactinei se desfăşoară în mod special la nivelul centrilor dopaminergici nigrostriali, mesolimbico-corticali şi ai ariei preoptice. Studiile pe cobai au demonstrat că aceste arii fie prezintă o densitate mare de receptori pentru prolactină, fie sunt responsabili pentru comportamentul sexual. Secreția de prolactină pare a avea un rol de feedback negativ asupra sistemului nervos central, influențând comportamentul sexual al subiectului (Snowdon, Ziegler, 2015).

În vederea confirmării acestor ipoteze, alte studii endocrinologice au arătat că este o diferență statistică semnificativă în reducerea numărului de raporturi sexuale la mamiferele cu niveluri ridicate ale acestui hormon în sânge. Atunci când vorbim de ființele umane, hiperprolactinemia apare adeseori ca simptom, însoțită de o reducere a frecvenței raporturilor sexuale, cu sau fără o disfuncție erectilă. Nivelurile ridicate ale acestui hormon pot fi

asociate la bărbat cu un deficit de testosteron, iar la femeie cu disfuncţii ovariene. Totuşi este deosebit de important să subliniem că o diminuare a libidoului, adică a dorinţei sexuale, este posibilă în cazurile de hiperprolactinemie chiar şi fără modificări ale hormonilor sexuali. O altă confirmare a rolului acestui hormon vine din partea efectelor antidepresivelor (printre care inhibitorii de recaptare a serotoninei) şi din partea antipsihoticelor care induc hiperprolactinemia (Haddad, 2001).

Diverse teorii psihogene şi neurobiogene au fost formulate pentru a explica geneza dependenţei de sex. Având la bază studiile precedente şi discuţiile asupra caracteristicilor comportamentale ale dependenţilor de sex se poate alcătui o teorie neurobiogenă a patologiei.

Conform acestei ipoteze, pacientul cu dependenţă de sex prezintă o modificare a sistemului de control efectuat de prolactină la nivelul sistemului nervos central. La subiectul sănătos, diminuarea progresivă a nivelului hormonal determină o lipsă de inhibiţie a sexualităţii care se evidenţiază printr-o creştere a libidoului care se reduce la secreţia de prolactină (Krüger et al, 2003).

La pacienţii cu dependenţă de sex modificarea sistemului feed-back negativ la nivel central, în sensul lipsei acţiunii, determină modificarea libidoului sexual influenţând comportamentul social al subiectului (Alei, 2007, p. 59).

Adicţia sexuală şi ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) este un sindrom des întâlnit la copii mici preşcolari dar şi la unii şcolari din întreaga lume care

a ajuns să fie luat în seamă şi în Romania, fiind un diagnostic des utilizat sau chiar prea repede stabilit şi deci chiar abuzat. În Statele Unite ale Americii se estimează că un procent între 3-5% dintre copii sunt diagnosticaţi cu ADHD, ceea ce înseamnă aproximativ 2 milioane de copii. Pentru aceşti copii este greu să-şi controleze comportamentul şi să fie atenţi. Există trei caracteristici principale ale ADHD şi anume: lipsa atenţiei, hiperactivitate şi impulsivitate.

De unde legătura dintre ADHD şi dependenţa sexuală? Pe baza evidenţelor clinice, pacienţii care au fost internaţi pentru sexual addiction s-au dovedit a avea hiperactivitate şi simptome de deficit de atenţie. Spre exemplu, un studiu desfăşurat în 2004 în Georgia (S.U.A.) a concluzionat că majoritatea pacienţilor au avut în antecedente persoane care au abuzat de anumite substanţe, care au fost dependente de alcool sau droguri. De asemenea, studiile care au inclus persoane diagnosticate cu ADHD au arătat faptul că acestea au un risc în a deveni dependente de alcool, cofeină, marijuana, nicotină etc. (Richarson, 1997, p. 231). Unii dintre aceştia folosesc substanţele pentru a-şi „ameliora" abilităţile, pentru a ajunge la o stare de bine, îndeletnicire cunoscută sub numele de „self medicating" E. Mick a demonstrat că la adulţii cu ADHD creşte riscul de a abuza de anumite substanţe, de a deveni dependenţi (Mick, 1998). Asta nu înseamnă că toţi copiii cu ADHD identificaţi în şcoli vor deveni dependenţi. Nu-mi propun deloc să creez angoase părinţilor şi familiilor. Dimpotrivă.

Blankenship şi Laaser, autorii studiului, sunt de părere că tratamentul pentru ADHD poate fi folosit, şi este esenţial, şi în tratamentul adicţilor

(Blankenship şi Laaser, 2004, p. 13). Diferite tipuri de traume pot fi factori etiologici în dezvoltarea adicției sexuale. Prin acest studiu s-au evidențiat anumite similarități regăsite la dependenții de sex şi la persoanele cu ADHD, şi anume ambele grupuri au relatat dificultăți în tolerarea plictiselii, au prezentat tendința spre comportamente cu riscuri ridicate, dificultăți în controlul stărilor sufleteşti, ceea ce totuşi nu este suficient.

Prin tratamentul ADHD s-a constatat o îmbunătățire a căsniciilor, dar şi o performanță a muncii. Tratamentul, în viziunea autorilor, trebuie să se bazeze pe medicamentație, dar nu exclusiv. Chiar dacă neurochimia este un factor clar în cazul ADHD este importantă schimbarea copilului, motivarea sa, comportamentul său adaptativ, acestea să ne ofere credit pentru munca depusă prin terapie, şi nu medicamentația. Medicamentele sunt necesare, însă pentru a avea rezultate trebuie să fie înțelese şi capacitățile copilului. Intervențiile psihoeducaționale şi psihopedagogice, terapiile psihocomportamentale pot avea mai mult succes decât Strattera, medicament des folosit în tratament, însă în unele cazuri acesta este obligatoriu.

Mircea Sigal, medic israelian de origine română, specialist în tratamentul adicțiilor - pe care l-am întâlnit când a prezentat la cea de-a VIII-a conferință a Asociației pentru Medicina Sexualității (Braşov, aprilie 2008) un studiu pe 115 cazuri dintre care 80 bărbați şi 35 femei dependente de sex –, susținea ipoteza conform căreia adicția sexuală este o expresie a adultului cu ADHD. El a explicat adicția sexuală ca fiind o combinație între eliberarea de dopamină, un nivel ridicat de testosteron şi o fixație comportamentală la stimularea endorfinei din nucleus accumbens. Tot legat de un substrat neuro-

biologic, aceste persoane prezintă un nivel ridicat de noradrenalină şi oxitocină şi un nivel scăzut de serotonină.

Definiţia compulsivităţii. Relaţia dintre dependenţă şi compulsivitate

Termenul de compulsivitate îşi are originea de la latinescul „compello-compere-compuli-compulsum", ceea ce se traduce prin „a împinge, a forţa, a sili, a constrânge", asemănător cuvântului compulsie, şi a fost introdus în psihiatrie pentru prima dată în Germania de către psihiatrul şi sexologul vienez Richard Krafft-Ebing, în 1867, prin termenul corespondent din limba germană *Zwang*, pentru a indica gândirea depresivilor. Un an mai târziu, în 1868, psihiatrul Wilhelm Griensinger (1817-1868) a propus acest termen pentru a indica complexul de gânduri impulsive, iar în 1877 Friedrich Westphal, un alt psihiatru şi neurolog german (1833-1890) a făcut apel la acelaşi termen cu scopul de a evidenţia constrângerea de ascundere a emoţiilor.

În acelaşi timp, în Franţa, Pierre Janet (1891) a propus termenul de psihastenie (suflet fără forţă) pentru a indica sindromul fundamental caracterizat de lipsa forţei psihice de a voi, o teamă de a acţiona, o frică iraţională şi o angoasă faţă de lucruri şi situaţii care de fapt nu prezintă niciun pericol.

Toţi aceşti termeni au fost traduşi în Anglia prin „obsesie" (obsession), cuvânt ce derivă de la verbul latin „obsido-obsedi-obsessum-obsedere", adică ocupat, asediat, strâmtorat. Donath a propus înlocuirea acestui termen prin „anankast" dar nu a avut mult succes în Europa. Termenul de compulsivitate trebuie folosit pentru a indica orice comportament egodistonic, adică care nu este capabil

de a reprima. Prima descriere a unui caz emblematic de compulsivitate se regăseşte în faimoasa operă a lui Sprenger, unde se vorbeşte de un preot corect şi fără nicio excentricitate, dar care, în momentul când trecea prin faţa unei biserici scotea limba afară din gură.

În mod special, compulsivitatea implică o dependenţă psihică, deoarece prin dependenţă psihică înţelegem o situaţie psihopatologică caracterizată de nevoia, imperioasă şi de nestăpânit, de a asuma o substanţă sau de a adopta un comportament deprins, sau un anume ceremonial, cu scopul de a potoli o situaţie de insatisfacţie (Avenia, 2007, p. 48).

Compulsivitatea se instaurează în mod treptat, gradual în funcţie de anumite stări şi situaţii, legate de experienţe de privaţiune şi de anxietate anticipatorie. Astfel individul prezintă un comportament incontrolabil, este constrâns să acţioneze compulsiv, să repete acţiunea faţă de care a devenit dependent, pentru a putea restaura starea de satisfacţie interioară.

Elemente de diagnostic conform manualului de diagnostic DSM-IV-TR:

Elementele esenţiale ale tulburării obsesiv-compulsive sunt obsesiile sau compulsiile recurente (criteriul A) care sunt suficient de severe pentru a fi consumatoare de timp sau cauzează o detresă marcată sau o deteriorare semnificativă (criteriul C). Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanţe (abuz de drog, medicament) sau ale unei condiţii medicale generale (criteriul E).

Obsesiile sunt idei, gânduri, impulsuri sau imagini persistente care sunt experimentate ca intrusive şi inadecvate, şi care cauzează o anxietate sau detresă marcante. Calitatea intrusivă şi inadecvată

a obsesiilor a fost denumită ca „egodistonică" Aceas-ta se referă la convingerea individului că conținutul obsesiilor îi este străin, nu se află sub controlul propriu şi nu este tipul de gânduri pe care ar fi dorit să le aibă. Individul este capabil să recunoască faptul că obsesiile sunt produsul propriei sale minți şi nu îi sunt impuse din afară (ca în inserția de gânduri).

Printre cele mai frecvente obsesii se numără: gânduri repetate în legătură cu contaminarea (a se contamina prin strângerea mâinilor altor persoane), dubitațiile repetate (a se întreba dacă a făcut un act oarecare, ex., dacă a lăsat uşa deschisă), necesitatea de a pune lucrurile într-o anumită ordine (detresă intensă când obiectele sunt în dezordine sau puse asimetric), impulsuri agresive sau oribile (ex., de a striga o obscenitate în biserică) şi imagerie sexuală (o imagine pornografică recurentă). Gândurile, impulsurile, imaginile nu sunt simple temeri excesive în legătură cu probleme reale de viață şi este puțin probabil că se referă la o problemă reală de viață. Individul cu obsesii încearcă de regulă să ignore sau să suprime astfel de gânduri sau impulsuri, ori să le neutralizeze cu un alt gând sau cu o acțiune (adică cu o compulsie).

Din punct de vedere clinic, există două tipuri de bază ale comportamentului sexual compulsiv: parafilic şi non-parafilic. Comportamentul sexual compulsiv parafilic implică comportamente sexuale care nu sunt doar impulsive sau compulsive (repetitive) ci sunt şi neconvenționale sau, din punct de vedere social, deviante (American Psychiatric Association, 2000). În contrast, comportamentul sexual compulsiv non-parafilic implică comportamente convenționale şi normative, dar care sunt excesive şi cu consecințe negative.

Cercetările au subliniat faptul că, comportamentul sexual compulsiv este însoţit de rate mari ale comorbidităţii (anxietate, depresie, abuz de substanţe - Kafka şi Prentky, 1994). Pentru unii autori dependenţa de sex face parte din cadrul general al tulburărilor obsesiv-compulsive, pe când pentru alţii este asimilată de tulburările de control a impulsurilor.

În 2003, în California s-a desfăşurat un studiu pilot ce aducea în discuţie problematica comportamentului sexual non-parafilic (NPSAs), de fapt a adicţiei sexuale, în acest caz, o variantă a tulburării obsesiv-compulsive (OCD).

Era un prim studiu care făcea o comparaţie între NPSAs şi OCD pentru a clarifica dacă NPSAs este o variantă a OCD sau aparţine acestui spectru de tulburări. Autorii, Stefanie A. Schwartz şi Jahathan S. Abramowitz de la Clinica Mayo din California, au studiat în mod individual adicţia sexuală non-parafilică pe de o parte şi comportamentul obsesiv-compulsiv, pe de altă parte. Adicţia sexuală non-parafilică (NPSAs) este caracterizată de gânduri şi comportamente sexuale repetitive. Această adicţie a fost propusă de la început ca aparţinând spectrului tulburărilor obsesiv-compulsive. Indivizii cu NPSAs au relatat niveluri ridicate de excitaţe sexuală asociate cu gânduri şi totodată un grad ridicat al plăcerii sexuale datorate comportamentului compulsiv. Pentru a fi un comportament obsesiv-compulsiv (Obsessive Compulsive Disorder) unii autori au afirmat că prezenţa gândurilor şi a comportamentelor repetitive trebuie să fie criteriul de bază pentru includerea în acest spectru (Abramowitz J.S., Houts A.C., 2002, p. 372).

NPSAs se defineşte prin acte sexuale repetitive cu gânduri sau comportamente sexuale convenţio-

nale, normative sau nedeviante, care pot cauza sau nu suferinţă (Godsmith T. Shapira N.A., Phillips K.A., McElroy S.L., 1998, p. 399). Câteva exemple pot fi: folosirea pornografiei de pe Internet şi masturbarea frecventă în detrimentul relaţiilor de familie.

Observaţiile clinice au sugerat că indivizii cu NPSAs experimentează gânduri sexuale repetitive, având un rol erotic dar care nu generează suferinţă. În contrast, pacienţii cu OCD (obsessive-compulsive disorder) au comportamente repetitive şi niveluri mari de silă şi iraţionalitate (Schwartz S.A., Abramowitz J.S., 2003, p. 373).

Să fie înţeles: există pacienţi cu OCD dar care să nu prezinte adicţie sexuală. Ipoteza autorilor susţinea că gândurile sexuale repetitive declarate de pacienţii cu OCD sunt asociate cu multă suferinţă şi nivel scăzut de excitaţie sexuală, contrar în cazul NPSAa. Însă în ambele cazuri există o dorinţă sexuală de a repeta comportamentul. Pentru acest studiu s-au folosit mai multe scale, printre care Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) validată de Goodman (Goodman, 1989, p. 1016).

Totuşi, pacienţii cu OCD din studiu prezentau o frică mare şi tendinţă de evitare în legătură cu gândurile despre sexualitate diferit de pacienţii NPSAs, care au raportat niveluri ridicate de excitaţie sexuală asociate cu gândurile şi totodată un mare grad de plăcere sexuală. De asemenea, pacienţii cu OCD au înregistrat un nivel ridicat de depresie pe scala de depresie Beck.

În ciuda faptului că dimensiunea studiului a fost redusă, doar 12 participanţi, autorii au conchis că ambele tipuri de pacienţi au gânduri şi comportamente repetitive şi că prin urmare NPSAs rămâne o variantă a OCD, însă una specială.

Goodman (1998) este printre primii care a subliniat modul în care comportamentele sexuale se instalează cu scopul apărării de anxietatea şi suferinţa interioară. Un alt autor care a corelat dependenţa de sex cu tulburarea obsesiv-compulsivă este Coleman (1992), care defineşte comportamentul compulsiv nu prin plăcerea ce rezultă în urma acţiunii, ci prin accentul pus pe reducerea anxietăţii (Avenia, 2007, p. 49). Pe acelaşi traseu se mişcă şi Earle şi Crow (1998) care şi-au focalizat atenţia pe automaticitatea mecanismului obsesiv-compulsiv.

De o altă părere, opusă celor amintiţi, sunt Barth şi Kinder (2001) care susţin că dependenţa sexuală trebuie numită impulsivitate sexuală, atunci când satisface criteriile de diagnostic ale tulburării de control al impulsurilor. Nu numai Barth şi Kinder, dar şi alţi autori au aderat la conceptul de „impulsivitate sexuală", printre care îi amintim pe Hollander şi Anthony (1993) şi Black (1998), citaţi de Lambiase (2001) în *La dipendenza sexuale.*

În ciuda faptului că în cadrul dependenţei de sex sunt prezente gânduri şi impulsuri care se prezintă a fi obsesive şi comportamente compulsive nu înseamnă că acestea aparţin categoriei de tulburări obsesiv-compulsive. Oricum, discuţia rămâne deschisă. Diferenţa constă în egodistonicitatea obsesiilor şi a comportamentelor compulsive, care în schimb sunt amândouă egosintonice (cu alte cuvinte plăcute) în dependenţa de sex. Însă, în DSM-IV comportamentele compulsive sunt caracterizate ca fiind comportamente repetitive care au scopul de a reduce anxietatea, cu alte cuvinte, egodistonice, şi nu egosintonice, care să producă plăcere şi gratificare. În schimb, în cazul dependenţei de sex are loc o căutare continuă a situaţiilor cu caracter sexual care sunt capabile de a stimula dorinţa sexuală.

În esență, tulburarea obsesiv-compulsivă se prezintă ca o agresiune mentală de care subiectul se apără prin punerea în act a ritualurilor. O situație complet diferită de dependența de sex, unde instinctul sexual se impune cu o intensitate şi o frecvență ridicată şi are capacitatea de a rezista la propria satisfacere. Astfel, incapacitatea de a rezista impulsului retrimite la tulburarea de control a impulsului. Goodman neagă că programarea satisfacerii şi timpul necesar pentru punerea în act pot diminua calitatea impulsivă a comportamentului (Avenia, 2007, p. 30).

În concluzie, putem afirma că dependența de sex se distinge de un apetit sexual sănătos chiar dacă pacientul este în imposibilitatea de a-şi controla impulsul sexual.

Diverse aspecte ale adicției sexuale (fizice, psihice, emoționale, sociale)

A) **Aspecte fizice**

Dependența de sex aduce cu sine o varietate de efecte fizice asupra dependentului. În primul rând se poate vorbi de o epuizare fizică. Gândiți-vă la persoanele care îşi petrec întreaga noapte în fața calculatorului masturbându-se sau care frecventează baruri de streaptease, iar a doua zi nu mai au energia necesară pentru a merge la muncă. Mulți dintre dependenții de sex au povestit că manifestându-şi zile de-a rândul aceste comportamente au fost nevoiți să nu se mai ridice din pat alte câteva zile (Eric Griffin-Shelley, p. 56). O altă consecință fizică serioasă este posibilitatea de a se expune la boli cu transmitere sexuală (boli venerice - gonoree, sifilis, infecții - herpes, HIV) rezultate în urma acte-

lor sexuale. Unora le este ruşine să recunoască bolile pe care le-au contactat şi să se trateze şi-şi continuă relaţiile sexuale transmiţând şi altor persoane aceste boli.

Un alt tip de afecţiune fizică este identificată la persoanele care-şi provoacă răni în diverse moduri. Utilizând anumite „sex toys" îşi provocă răni ce necesită, realmente, intervenţii chirurgicale.

B) **Aspecte psihologice/psihopatologice**

Avem suficiente studii pentru a putea susţine cu certitudine existenţa unor comorbidităţi în cazul dependenţilor de sex. Discuţia rămâne deschisă cu privire la instalarea tulburării sexuale şi aici avem trei situaţii şi anume: a fost instalată prima dată tulburarea sexuală iar apoi, ca un rezultat, de pildă depresia, a fost întâi anxietatea şi ulterior s-a instalat dependenţa de sex sau ambele tulburări s-au instalat concomitent şi nici pacientul, nici psihoterapeutul nu pot să le diferenţieze.

Într-un studiu cu 222 de participanţi, publicat în 2016, concentrându-se pe simptomele psihologice s-a realizat următorul profil: doar 22,8% din eşantion nu prezentau nicio psihopatologie comorbidă, 14,9% prezentau emoţii negative disfuncţionale, 38,1% prezentau depresie uşoară şi probleme legate de substanţe, 18,8% prezentau depresie clinică şi anxietate şi 5,6% prezentau psihopatologie severă (De Guzmán et al, 2016).

Mai mult decât rănile fizice, dependenţii de sex prezintă importante şi multiple suferinţe de natură psihică care afectează personalitatea individului. Intruziunea de gânduri şi fantezii îl fac pe subiect să nu se mai poată concentra la muncă sau în timpul unei conversaţii obişnuite. Minciuna, negarea, minimalizarea, ideile iraţionale, proiecţia, acuzarea

altor persoane, furia, sunt forme ale gândirii specifice acestor categorii de persoane. Deseori devin paranoici. Patternurile de gândire sunt distorsionate şi dependenţii au o lume proprie diferită de realitate: se victimizează ori se simt altcineva decât sunt. Cred că prin frecventarea barurilor de noapte vor înfrânge durerea, dar de fapt ei vor crea mai multă durere şi astfel se creează cercul vicios durere-ruşine-vină (Eric Griffin-Shelley, p. 57).

Alte probleme de gândire pe care dependenţii de sex le prezintă sunt pesimismul şi lipsa speranţei, cauzate în mare parte de eşecuri în stoparea comportamentului. Pe parcursul tratamentului li se cere să fie optimişti, în timp ce realitatea arată că luni de-a rândul ei nu au înregistrat niciun progres. Recăderile sunt similare celor din celelalte tipuri de dependenţă. După lupte puternice zi şi noapte cu impulsul de a repeta comportamentul, când cred că l-au depăşit, apare o altă tentaţie care îi face să nu mai aibă nicio speranţă.

Dependenţa de sex prin implicaţiile la nivel psihic poate provoca un dezechilibru al Eului. Dezechilibrul Eului sau tulburările stării de bine psihic au efecte şi asupra somatizării, la îmbolnăviri ale corpului ca reacţii (forme de răspuns) la neacceptarea, nerezolvarea problemelor reale de identitate, surmenaj, decompensarea psihicului. Se creează repetate stări de disconfort şi de frustrare permanentă.

C) **Aspecte emoţionale**

Dependenţii au o stimă de sine scăzută, se simt singuri, lipsiţi de iubire şi nesinceri cu ei înşişi. Se simt deprimaţi şi astfel devin fără sentimente, neîngrijiţi sau amorţiţi. Lipsa unei vieţi reale din punct de vedere emoţional îi face să nu se mai orienteze

nici către ei înşişi şi nici către cei din jur, ci întreaga atenţie este acordată adicţiei şi mijloacelor de procurare a plăcerii. Încep să-şi urască propria persoană pentru lipsa de control şi pentru lipsa de sentiment şi devin iritabili când cineva doreşte să-i ajute.

Datorită adicţiei dezvoltarea emoţională este blocată, de aceea mulţi dintre dependenţi sunt imaturi emoţional şi nesatisfăcuţi comportantându-se precum nişte copii (Eric Griffin-Shelley, p. 59).

Iritabilitate, depresie, vulnerabilitate, instabilitate emoţională, pasivitate, lipsa speranţei şi chiar gânduri suicidale sunt caracteristice dependenţilor de sex. Când ajung depresivi ori au gânduri suicidale este necesară spitalizarea şi intervenţia psihologică alături de medicamentaţie.

D) **Aspecte sociale**

Latura socială a vieţii dependentului de sex este profund afectată. Familia, prietenii, munca, relaţiile sociale şi toate celelalte mijloace de interrelaţionare umană sunt afectate. În mod evident familia (soţia sau copiii) are de suferit cel mai mult. Dependenţii de sex neglijează familia sau se detaşează, iar în cele mai triste situaţii ei provoacă răni familiei prin abuzuri de natură fizică, emoţională sau sexuală. Astfel, familia se poate uşor destrăma. Persoana în cauză creează disfuncţii familiale, prin distorsionarea atenţiei, afecţiunii sau a resurselor financiare pe care le oferă partenerului cu care îşi manifestă adicţia sexuală. Se pierde încrederea reciprocă, intimitatea, comunicarea şi armonia. Există în schimb o doză de insecuritate. Căsnicile pot fi distruse, soţia având multe de suferit. La rândul lor, copiii care cresc în aceste condiţii au un viitor fără prea mult confort. Ei cresc fiind în imposibilitatea de a crea

relaţii bune cu alţii, sunt izolaţi, suspicioşi, pesimişti, fără niciun model pozitiv şi cu rezultate şcolare scăzute. Unii chiar ajung să încalce normele de conduită civică sau să comită acte de delincvenţă. Pentru că mulţi dintre dependenţii de sex se consideră victime, ei nu mai pot observa că şi cei din jurul lor sunt victime.

Relaţiile cu prietenii şi colegii de muncă sunt afectate din cauza tulburării. Îşi pierd prietenii şi locurile de muncă deoarece nu mai au performanţă; preocupările lor sunt de cu totul altă natură. În timp ce unii se izolează, o altă categorie a dependenţilor de sex pot fi cei care, dimpotrivă, au un cerc de prieteni mult mai mare. Sunt deschişi, pentru că socializând pot avea noi oportunităţi de a identifica „noi aventuri" Din punct de vedere economic ei se află într-un impas, deoarece risipesc o groază de bani pentru materiale pornografice sau pentru prostituţie.

Dependenţa de pornografie

Este o nouă formă de adicţie sau nu? În primul rând, ca o manifestare clinică să fie considerată o formă de adicţie trebuie să respecte criteriile adicţiei, aşa cum se întâmplă în cazul dependenţelor de substanţe, ceea ce înseamnă că dependenţa de pornografie ar trebui să producă (şi produce) modificări chimice în creier, modificări anatomice şi patologice care duc la manifestarea diferitelor disfuncţii cerebrale numite colectiv sindrom hipofrontal, adică cele legate de impulsivitate, compulsivitate, labilitate emoţională, raţionalizare defectuoasă (Hilton şi Watts, 2011).

Pornografia se consumă foarte mult, peste tot în lume, iar industria pornografică produce venituri de

milioane şi milioane de dolari. Industria porno generează în S.U.A. 13 miliarde de dolari în fiecare an, iar industria porno pe Internet este o afacere de 3 miliarde de dolari pe an.

Până în 2017, un sfert de miliard de persoane aveau acces la conținuturile pentru adulți de pe telefoanele lor mobile, cu o creştere de peste 30% începând din 2013. Videochat-ul pentru adulți avea o rată de creştere anuală de 25% (CovenantEyes, 2018). Acelaşi site de statistică a Internetului care calcula accesările în timp real reda informațiile următoare: 24% dintre proprietarii de smartphone recunosc că au materiale pornografice pe telefonul mobil, 1 din 5 căutări pe telefonul mobil este pentru pornografie, 9 din 10 utilizatori de pornografie pe Internet accesează numai materiale gratuite, indiferent dacă sunt eşantioane de materiale plătite, versiuni copiate ilegal ale materialelor cu plată sau materiale de amator.

79% dintre artiştii porno au folosit marijuana, iar 50% au folosit ecstasy, 88% din scenele din filmele porno conțin acte de agresiune fizică, iar 49% din scene conțin agresiune verbală, 32% dintre site-urile pentru adulți şi 58% din site-urile gratuite pentru adulți provin din afara S.U.A. (CovenantEyes, 2018).

Există diferențe între consumatorii de pornografie, în primul rând în funcție de vârstă. Nu de puține ori mi-a fost dat să întâlnesc elevi de şcoală primară uitându-se la imagini sau filme cu conținut pornografic, în şcoală. Dacă ne referim la adolescenți, la tinerii de liceu, aici cifrele sunt mult mai mari. Unele cercetări redau un procent de 87% dintre tinerii de liceu care se uită la materiale cu conținut pornografic şi pornografice şi 31% dintre eleve: 50% cu o frecvență săptămânală şi 20% cu o

frecvență zilnică (Carroll et al, 2008). Alte site-uri precum cel amintit mai sus, cu referire la americani, redau cifre foarte mari şi anume 9 din 10 băieți sunt expuşi pornografiei înainte de vârsta de 18 ani, 6 din 10 fete sunt expuse pornografiei înainte de vârsta de 18 ani, prima expunere la pornografie în rândul băieților este în medie la vârsta de 12 ani. 71% dintre adolescenți ascund comportamentul online de părinți. 28% dintre persoanele în vârstă de 16-17 ani au fost expuse neintenționat la porno online, 20% dintre persoanele în vârstă de 16 ani şi 30% dintre persoanele în vârstă de 17 ani au primit un sms cu conținut sexual.

Consumul de pornografie are efect asupra comportamentului sexual la adolescenți, ceea ce a fost de asemenea demonstrat (Collins et al, 2004). 15% dintre băieți şi 9% dintre fete au văzut pornografie infantilă, 83% dintre băieți şi 57% dintre fete au văzut sex online în grup, 69% dintre băieți şi 55% dintre fete au văzut contact sexual între persoane de acelaşi sex online (CovenantEyes, 2018).

Colegiul American al Pediatrilor a făcut o statistică cu privire la utilizatorii de pornografie. Astfel, în rândul bărbaților în vârstă de 18-30 de ani, 79% au văzut pornografie o dată pe lună, iar 63% au văzut pornografie mai mult decât o dată pe săptămână. În rândul bărbaților cu vârsta cuprinsă între 31 şi 49 de ani, 67% au văzut pornografie o dată pe lună, iar 38% au văzut pornografie mai mult decât o dată pe săptămână. Pentru femei cifrele sunt mai scăzute. Astfel, 34% dintre femeile cu vârste între 18 şi 30 de ani au văzut pornografie o dată pe lună, iar 19% au văzut pornografie mai mult decât o dată pe săptămână. Dintre cele cu vârste cuprinse între 31 şi 49 de ani, 16% au văzut pornografie o dată pe lună, iar 8%

au văzut pornografie mai mult decât o dată pe săptămână (Pornsurvey, 2014).

Conform altor studii, aproximativ 55-70% dintre bărbaţi şi 30-40% dintre femeile sub 40 de ani au raportat că au vizionat pornografie într-un anumit an. Generaţiile mai tinere de americani - în special cei care au accesat Internetul în timpul adolescenţei - au arătat cea mai mare creştere a utilizării pornografiei în ultimele decenii (Price et al, 2016)

Există şi câteva riscuri ale pornografiei

Spre exemplu, Bourke şi Hernandez au demonstrat o corelaţie puternică (80%) între vizionarea pornografiei infantile şi participarea în relaţiile sexuale reale cu copiii (Bourke şi Hernandez, 2009) şi, mai grav, s-a demonstrat că pornografia induce atitudini violente împotriva femeilor (Hald, Malamuth, Yuen, 2010).

Un studiu reprezentativ din Suedia, având ca subiecţi băieţi adolescenţi, a demonstrat că băieţii cu consum zilnic de pornografie au arătat un interes mai crescut în tipurile de pornografie deviantă şi ilegală şi, totodată, au raportat dorinţa de a pune în practică ceea ce au văzut (Svedin et al, 2011).

Celebrul studiu de la Universitatea din Cambridge, condus de Voon, a demostrat că subiecţii care foloseau în mod compulsiv pornografia au raportat că datorită utilizării excesive a materialelor explicite sexual, şi-au pierdut locurile de muncă, şi-au afectat relaţiile intime sau au influenţat negativ alte activităţi sociale, au prezentat libidou diminuat, au utilizat escorte în mod excesiv, au avut ideaţie suicidară şi au cheltuit sume mari de bani, de la 7.000 la 15.000 lire sterline (Voon et al, 2014). 10 dintre aceştia au beneficiat de consiliere psihologică. Răspunzând la o versiune adaptată a Scalei Experienţelor Sexuale din Arizona, comparativ cu volun-

tarii sănătoşi, aceşti participanți au avut mult mai multe dificultăți în ceea ce priveşte excitația sexuală şi au prezentat mai multe disfuncții erectile în relațiile sexuale intime, dar nu şi la materiale sexuale explicite. De fapt, aşa cum era de aşteptat, cercetătorii de la Cambridge au descoperit că utilizatorii pornografiei compulsive reacționează la indiciile pornografice în acelaşi fel în care dependenții de droguri reacționează la indicii ale drogurilor. (Voon et al, 2014).

Cea mai importantă constatare a fost că peste 50% dintre subiecți (vârsta medie: 25 de ani) au avut dificultăți în realizarea erecțiilor cu parteneri reali, dar ar putea realiza erecții cu pornografia, ceea ce are într-un mod considerabil efect asupra dinamicii relației de cuplu.

Pornografia are efecte dăunătoare şi chiar distrugătoare asupra căsătoriei, iar utilizarea sa sporită prezintă preocupări sociale semnificative. Academia Americană de Avocați Matrimoniali a raportat că 68% din toate divorțurile au implicat o parte care a avut un interes obsesiv în site-urile pornografice (Manning, 2015).

Soții au raportat că îşi iubesc mai puțin soțiile după perioade lungi de căutări (şi dorințe, fantezii) ale femeilor descrise în pornografie. Dr. Samuel Perry, de la Universitatea din Oklahoma, a raportat că frecvența vizionării pornografiei a fost cel deal doilea predictor puternic al slabei calități maritale în anii următori (Perry, 2017).

Modificări la nivel neurocerebral

Dacă analizăm şi mai în profunzime şi anume plasticitatea creierului cu referire la învățare, care produce modificări în creier la nivel microscopic, putem spune, bazându-ne pe cercetări, că pornografia este un laborator perfect pentru acest nou tip

de învățare, combinată cu un stimulent puternic al plăcerii. Cu alte cuvinte, căutarea printr-un click, căutarea focalizată a unui subiect de masturbare perfect reprezintă un exercițiu în învățarea neuroplastică (Hilton şi Watts, 2011).

În 2014, în Germania, la Institutul Max Planck, a fost realizat un prim studiu de scanare a creierului a utilizatorilor de pornografie (62 de participanți). Precizez că aceştia nu erau dependenți de pornografie, ci doar utilizatori moderați. Cercetătorii au descoperit mai multe modificări ale creierului, iar aceste schimbări au fost corelate cu cantitatea de pornografie consumată. Astfel, experții au descoperit că: mai multe ore pe săptămână pe o perioadă de mai mulți ani de vizionare pornografică sunt corelate cu o reducere a materiei cenuşii în secțiunile circuitului de recompensare (striatum) implicat în motivație şi luarea deciziilor. Materia cenuşie redusă din această regiune aferentă recompensei înseamnă mai puține conexiuni nervoase. Mai puține conexiuni nervoase se traduc într-o activitate lentă de recompensă sau într-un răspuns la plăcere, deseori numit desensibilizare. Cercetătorii au interpretat acest lucru ca dovadă a efectelor expunerii pornografice pe termen lung (Kühn şi Gallinat, 2014).

O a doua descoperire a fost faptul că legăturile nervoase dintre circuitul de recompensă şi cortexul prefrontal s-au înrăutățit odată cu creşterea vizionării materialului pornografic. După cum au explicat cercetătorii, „Disfuncția acestor circuite a fost legată de alegeri comportamentale inadecvate, cum ar fi căutarea de droguri, indiferent de potențialul negativ“ Pe scurt, aceasta este o dovadă a asocierii între utilizarea pornografiei şi controlul

impulsurilor. Acest lucru este un indicator al hipofrontalității.

În final, a treia descoperire se referă la mecanismul desensibilizării. Astfel, cu cât se foloseşte mai multă pornografie, cu atât se activează mai puțin sistemul de recompensă atunci când imaginile sexuale apar pe ecran. O posibilă explicație este că utilizatorii severi au nevoie în cele din urmă de mai multă stimulare pentru a declanşa circuitul lor de recompensă. Cercetătorii au susținț că „acest lucru este în concordanță cu ipoteza că expunerea intensă la stimulii pornografici are ca rezultat o down-reglare a răspunsului neural natural la stimulii sexuali" (Kühn şi Gallinat, 2014).

Cybersex

Într-o cercetare de evaluare a prevalenței fenomenului printre studenți, s-a constatat că 10,3% dintre aceştia au înregistrat un scor pentru dependența de cybersex în intervalul clinic. S-au constatat diferențe semnificative între sexe în grupurile clinice şi non-clinice, deoarece bărbații au avut mai multe şanse de a obține scoruri în intervalul clinic pentru dependența de cybersex (Giordano şi Cashwell, 2017). Plecând de la afirmația că nu toți cei care vizionează site-uri pornografice sunt dependenți de pornografie, există totuşi *4 tipuri de cybersex*:

a) *Utilizatorii neproblematici*, în scop recreațional, care navighează pornografia pe Internet în mod ocazional, din curiozitate, având o atitudine sănătoasă față de sexualitate;

b) *Utilizatorii* tot în scop recreațional, tot fără probleme, dar *care folosesc* acest material într-o manieră necorespunzătoare şi anume *sexting* (trimit pe telefon mesaje şi fotografii cu conținut sexual explicit) sau arătând imagini sexuale altor persoane

pentru distracție, pentru a şoca sau pentru a le înjosi.

În mod clar, ei nu păstrează secretul activității lor dar, altfel, pot avea o atitudine sănătoasă față de sexualitate şi relații;

c) *Utilizatorii problematici*

Şi aici există 2 subtipuri. Un grup reprezentat de persoanele care inițial nu au avut probleme în comportamentul online sau comportament sexual în general, ei folosind Internetul ca o modalitate de a explora sexualitatea într-un mod în care viața normală nu le-a oferit. Dar, treptat, încep să viziteze în mod obligatoriu site-uri pentru adulți în speranța de a-şi găsi un partener, evitând în acelaşi timp oportunități reale de viață pentru a întâlni oameni; sau persoane care folosesc Internetul în încercarea de a întâlni un partener minor pentru sex, chiar dacă în trecut nu a făcut acest lucru în viața reală;

d) *Utilizatorii pe termen lung - compulsivi*, tot problematici.

Persoanele din acest grup prezintă probleme sexuale în permanență. Tulburările sexuale există în viața reală, Internetul nu face altceva decât să adauge pur şi simplu o altă cale pentru a explora materiale inadecvate din punct de vedere sexual. Ei utilizează pornografia ca parte a unui model continuu de comportament sexual excesiv (Carnes et al, 2001).

Efectele pornografiei asupra copiilor

În 2016, Institutul Australian de Studii Familiale (AIFS) a fost desemnat de Departamentul de Servicii Sociale al Australiei pentru a analiza ce ne arată datele cercetărilor disponibile despre această problemă. Cele mai importante rezultate sintetizate de Quadara şi colegii sunt următoarele:

a) Aproape jumătate dintre copiii cu vârste cuprinse între 9 şi 16 ani sunt expuşi în mod permanent la imagini sexuale;

b) băieţii sunt mai predispuşi decât fetiţele să caute în mod deliberat pornografie şi să facă acest lucru frecvent;

c) Utilizarea pornografiei poate duce la formarea practicilor sexuale şi este asociată cu practici de sănătate sexuală nesigure, cum ar fi neutilizarea prezervativelor şi sexul anal şi vaginal, cu riscuri de infecţii, traumatisme etc.;

d) Pornografia poate întări atitudinile care susţin violenţa sexuală şi violenţa împotriva femeilor;

e) Cea mai bună abordare a părinţilor, îngrijitorilor şi profesorilor care răspund de evitarea expunerii copiilor la pornografie este aceea de a încuraja comunicarea deschisă, discuţia şi gândirea critică din partea copiilor, pentru a fi educaţi despre Internet şi social-media;

f) Părinţii şi profesorii sunt mai puţin susceptibili să fie intimidaţi de riscurile online, dacă sunt informaţi şi au un rol activ în activitatea digitală a copiilor lor.

Contextul social al pornografiei

Orice discuţie privind pornografia şi efectele sale asupra copiilor şi tinerilor trebuie să recunoască faptul că pornografia şi consumul acesteia sunt încorporate într-un *context socio-cultural* mai larg. Acesta include:

a) Tehnologii online, platforme şi practici în general, şi mai exact modul în care copiii şi tinerii interacţionează cu mediul online. A fi online şi conectat este o parte fundamentală a vieţii şi relaţiilor de zi cu zi a copiilor şi tinerilor

b) există o gamă largă de riscuri online cu care se confruntă copiii şi tinerii, de exemplu dinamica

şi prevalenţa cyberbullying-ului, sexting-ul, relaţiile de exploatare şi conexiunile online.

Expunerea la pornografie

a) În Australia, aproape jumătate (44%) dintre copiii cu vârste cuprinse între 9 şi 16 ani au văzut imagini sexuale în ultima lună. Dintre aceştia, 16% au văzut imagini cu cineva care a făcut sex şi 17% imagini cu organele genitale ale cuiva;

b) Copiii mai mici (cu vârste cuprinse între 9 şi 12 ani) au un risc crescut de a fi distraşi sau supuşi pornografiei;

c) Părinţii tind să supraestimeze expunerea la pornografie pentru copiii mai mici şi să subestimeze gradul de expunere pentru copiii mai mari;

d) Atitudinile şi răspunsurile la expunere diferă de asemenea de sex, femeile având mai multe opinii şi răspunsuri negative - cum ar fi şocul sau suferinţa - în comparaţie cu bărbaţii, în special în cazul adolescenţilor mai în vârstă, care au mai multe şanse de a experimenta pornografia ca fiind amuzantă, excitantă sau interesantă.

Efectele expunerii la pornografie

În absenţa unor informaţii avizate pe care să le primească, pornografia devine principala sursă a educaţiei sexuale pentru un tânăr. Acest adevăr a fost constatat şi de cercetătorii români. Utilizarea pornografiei de către adolescenţi este asociată cu atitudini sexuale mai permisive (de exemplu, sex premarital, sex ocazional). Există dovezi că expunerea la pornografie poate creşte probabilitatea unei experienţe sexuale iniţiale, în special pentru adolescenţii care consumă mai frecvent pornografie.

Pornografia poate influenţa aşteptările unei persoane tinere de la sex; de exemplu, ceea ce tinerii

se aşteaptă ca partenerii lor să facă şi viceversa. Pornografia poate forma practici sexuale, studiile constatând că tinerii pot încerca să efectueze acte sexuale comune întâlnite în pornografia hetero-dominantă, cum ar fi:

- contacte anale;
- ejacularea facială;
- sex cu parteneri multipli;
- felaţie adâncă.

Diferenţele între aşteptări şi realitate pot duce la „incertitudine sexuală" în ceea ce priveşte convingerile şi valorile sexuale şi pot fi, de asemenea, legate de nemulţumirea, anxietatea şi fobia sexuală. Conţinutul pornografiei poate întări standardele duble ale sexualităţii dominante masculine şi ale pasivităţii în cazul femeilor. Astfel, consumatorii de pornografie, atât bărbaţi, cât şi femei, au niveluri crescute de autoobiectivizare şi supraveghere corporală.

Consumul de pornografie în adolescenţă este asociat cu convingeri mai puternice în ceea ce priveşte stereotipurile de gen, în special pentru băieţi. Adolescenţii care văd frecvent pornografie sunt mai predispuşi să vadă femeile ca pe obiecte sexuale şi să aibă atitudini sexiste. Totodată, pornografia poate întări atitudinile care susţin violenţa sexuală şi violenţa împotriva femeilor. Există dovezi ale unei asocieri între consumarea de pornografie şi hărţuirea sexuală a băieţilor. Adolescenţii care au consumat pornografie violentă au un risc de şase ori mai mare de a fi agresivi sexual, în comparaţie cu cei care au văzut pornografie non-violentă sau niciun fel de pornografie.

Preocuparea sexuală, consumul compulsiv şi dependenţa pot fi asociate cu frecvenţa vizualizării pornografiei şi, de asemenea, cu scopurile utilizării

pornografiei (de exemplu, ca o modalitate de a elibera stările negative). În timp ce unele dintre efectele vizionării pornografiei, atitudinile şi credinţele despre sex, cunoştinţele despre practica sexuală şi practicile sexuale în sine nu pot fi problematice, pornografia cea mai dominantă şi accesibilă conţine mesaje şi comportamente profund problematice despre sex, putere şi plăcere. În special agresiunea fizică (hărţuirea, sufocarea, gagging-ul, trasul de păr şi agresiunea verbală sunt predominant făcute de bărbaţi partenerilor de sex feminin.

Ce măsuri luăm?

Au fost identificate trei tipuri principale de intervenţie:

a) Legislative, de reglementare a legislaţiei existente privind pornografia online şi comportamentul online, cum ar fi sexting-ul şi partajarea imaginilor explicite;

b) educaţie sexuală pentru copii şi tineri;

c) educarea educatorilor - părinţi şi profesori - şi abilitarea acestora cu resurse de sprijinire a unor relaţii sigure şi respectuoase pentru copii şi tineri, atât online cât şi în viaţa reală.

Dacă ne referim la ultima categorie, există, de bună seamă, câteva recomandări practice pentru părinţi şi profesori:

Comunicare deschisă

Atitudinea cea mai des întâlnită a părinţilor copiilor de astăzi este aceea de a amâna discuţia, argumentând că sunt prea mici şi nu trebuie să ştie prea mult. De fapt, părinţii cred şi se tem că dacă vor cunoaşte aspecte care au legătură cu sexualitatea şi pornografia, copiii vor fi tentaţi să le pună în practică. Ceea ce este greşit. Dimpotrivă, copiii,

din lipsă de cunoaştere practică acţiuni cu risc sexual. Pe de altă parte, părinţii de astăzi au fost şi ei, cândva, la rândul lor copii şi, din păcate, epoca comunistă nu a avut parte de o educaţie sexuală.

Deci, părinţii şi profesorii sunt încurajaţi în primul rând să iniţieze conversaţii deschise despre experienţele online ale copilului/elevului lor, să cunoască ce fac copii, cu cine comunică, pe ce siteuri navighează. De asemenea, şcolile pot juca un rol important în asistarea copiilor şi a tinerilor pentru a nu se expune la pornografie. În primul rând, interzicerea accesării din mediul şcolar şi universitar a site-urilor porno.

Gândire critică

Tinerii ar trebui să fie încurajaţi să pună la îndoială pornografia, întrebându-se: „Dacă văd pornografia ar putea părea normal, dar ce mesaje ne transmite pornografia, cine face, de ce face şi ce înseamnă toate acestea pentru tine?" Deci, gândirea critică ajută tinerii (care nu sunt doar nişte privitori pasivi) să reflecteze asupra mesajelor conţinute în pornografia online. Cu alte cuvinte, înzestrarea copiilor şi a tinerilor cu capacităţi pentru a se implica critic în navigarea pe Internet este importantă pentru a înţelege diferenţele dintre pornografia online şi relaţiile sexuale offline.

Alfabetizare digitală şi control

Părinţii şi profesorii sunt încurajaţi să se informeze despre Internet şi despre mediile sociale, pentru a conştientiza oportunităţile şi pericolele actuale de pe Internet cu care se confruntă copiii.

Controlul parental este esenţial pentru strategiile de reducere a riscurilor. Copiii trebuie să înveţe strategii cu privire la modul de abordare a materialului ofensator. Fiţi vigilenţi, deoarece copilul

este predispus la riscuri, este vulnerabil din punct de vedere emoţional sau psihic.

Sprijinirea şi încurajarea dialogului

Sprijinirea copiilor şi tineriilor care au fost expuşi pornografiei online este extrem de importantă pentru capacitatea lor de a-şi procesa experienţa într-un mod sănătos.

Copiii trebuie să fie încurajaţi şi să aibă încredere să vorbească dacă au văzut online ceva care i-a deranjat. Trebuie să ştie că dacă vorbesc despre ceea ce au văzut nu vor fi pedepsiţi sau nu li se va interzice accesul la Internet. Ei trebuie să fie educaţi astfel încât, dacă li se trimite online ceva inadecvat, să ştie cum să reacţioneze (Armstrong, 2017).

Capitolul 3

INTERVENȚII TERAPEUTICE

Şi totuşi, ce este de făcut? Pentru a înțelege un individ în totalitatea sa şi pentru a nu-l considera cu o anumită îngustime a gândirii, este necesar şi util să se elaboraze un tratament eficient şi un prognostic corect. Pacientul care se prezintă la terapeut pentru a solicita ajutor este mânat de o neplăcere, de o inconvenienţă, dar şi de o nevoie pe care nu o poate identifica. Încă de la primele întâlniri terapeutul este obligat să pună un diagnostic care să reflecte realmente felul de a fi al acestuia. Am constatat din studiile precedente, amintite în primele capitole ale cărții, că personalitatea celor care manifestă astfel de tulburări, dependenții de sex, se prezintă într-un mod cu totul diferit. Relațiile primare cu obiectul, dar şi cele actuale au o greutate în înțelegerea constelației simptomatice aşa cum au şi capacitatea de a examina realitatea, aspectele caracteriale şi aspectele culturale (Annalisa Pistuddi, 2007).

Doar după ce terapeutul a înțeles foarte bine care este personalitatea pacientului, care sunt resursele pe care le poate utiliza, dar mai cu seamă care este motivația sa pentru a începe un tratament, doar atunci se poate trasa un proiect terapeutic. Partea de anamneză este deosebit de importantă şi uneori câteva şedințe sunt necesare pentru a explora viața şi istoria tulburării, istoricul personal, istoricul familial, eventualele bariere etc.

Observaţia psihodinamică a copilului oferă dovezi ale faptului că excitaţia sexuală îşi are originea în contextul de experienţe ce produc plăcere, în concordanţă cu mama şi cu familia, culminând într-o plină centralitate a senzaţiilor genitale de-a lungul pubertăţii şi adolescenţei (Pistuddi, 2007, p. 158).

Este o necesitate, chiar în faza de diagnostic, dacă nu cel puţin în procesul terapeutic de a pune în lumină foarte clară trăirile subiectului vis-à-vis de dinamica familială atât în ceea ce priveşte familia de origine, cât şi în familia actuală. Există diferite tipuri de familii definite ca haotice, rigide, fiecare cu caracteristici ce pot fi cu adevărat patogene, aşa cum specialiştii consideră că aceste familii pot concura la a genera anumite tulburări.

Unii părinţi sunt centraţi pe ceea ce copilul face şi nu văd ceea ce copilul este, au alte aşteptări şi afirmă că vor tot mai mult de la el. Aceşti copii îşi pot interioriza convingerea că trebuie să atingă standardele impuse, că altfel nu sunt ceea ce ar trebui să fie, că rezultatele obţinute sunt inferioare faţă de aşteptările altora şi că au numeroase carenţe. Ei nu se simt deloc valorizaţi şi nici demni de a fi iubiţi sau de a fi apreciaţi. Au tentaţia de a atinge imposibilul, văzut ca fiind potrivit propriei familii şi culturi, tind să ignore propriile sentimente, propriile nevoi şi impulsuri. Ei ajung la un punct în care nu-şi mai pot stăpâni tensiunea, suferinţa şi deprivarea şi au un sentiment de ruşine datorată eşecului, care îi duce la recăpătarea controlului propriilor comportamente punând în act agitaţii de natură sexuală, ce nu fac altceva decât să reîntărească acest mecanism negativ al eşecului care, totodată, reîntăreşte sentimentul de ruşine (Fossum şi Mason, 1987).

Conform teoriilor lui Carnes, cultura noastră postmodernă este înclinată spre dependenţă deoarece este orientată spre oportunitate şi spre propria satisfacere, activând căutarea de evaziune mai mult decât de semnificaţie, nefavorizând nicidecum viaţa familială. Aşa se întâmplă că diferitele angajamente (obligaţii) ale soţilor îi fac să ofere prea puţin timp unul pentru celălalt şi pentru copii şi aceasta poate favoriza apariţia sentimentului de abandon. Convingerile centrale ale culturii noastre sunt axate pe o publicitate care consideră bărbatul ca şi cum ar fi incapabil de a rezista la farmecul femeilor şi datorită acestui fapt este în continuă căutare, deschis la orice propunere de natură sexuală şi neputincios în faţa nevoilor sexuale. Calitatea pervazivă a acestor mesaje nu face altceva decât să ofere un impact asupra acelora care au deja structurată o personalitate dependentă şi le influenţează modul în care se percep şi modul în care îi percep pe alţii (Pistuddi, 2007, p. 160).

Pentru un dependent nu este un alt mod de a răspunde la stimuli decât prin confirmarea propriului fel de a fi. De fapt, trebuinţa de contact sexual este susţinută de un ambient cultural în care se regăsesc stimuli sexuali de diferite tipuri. Dependentul îşi justifică propria modalitate seductivă şi propriile comportamente manipulatorii prin faptul că acestea oferă excitaţie dependenţei patologice. Uzul în exces al plăcerilor devine astfel o obişnuinţă de care nu se poate dezobişnui, plăcerile devin irezistibile. Pentru a complica trăirile, mai târziu intervine ruşinea, ruşinea datorată eşecului controlului, iar alinarea poate fi găsită doar printr-o unică modalitate cunoscută şi anume comportamentul dependent. Factorii care contribuie la menţinerea comportamentului dependent sunt diferiţi şi

interactivi pentru că pot să instaureze un ciclu patologic. Contribuția fiecărui factor variază în funcție de tipul de persoană. Psihologul sau terapeutul nu trebuie să uite că fiecare caz ce ajunge să fie investigat reprezintă o singularitate care se distinge categoric de toate celelalte cazuri şi nu este deloc favorabil a-l trata considerând parametrii amintiți ca fiind inviolabili şi definitivi.

În 1991, Patrick Carnes a demonstrat că există anumite similarități la persoanele dependente de sex în ceea ce priveşte istoria personală: 97% dintre persoanele chestionate au fost abuzate emoțional pe când erau copii, 72% au fost abuzate fizic, iar 81% au fost supuse abuzurilor sexuale (Carnes, 1991, p. 129). Cei care au început să elaboreze noi tipuri de tratamente pentru dependenții de sex sunt specialiştii americani. Ei au avut în vedere următoarea finalitate a terapiei şi anume:

1) Dezvoltarea unei capacități sănătoase de comunicare cu sine şi cu ceilalți;

2) Crearea unor abilități adecvate de gestionare a evenimentelor problematice care în mod normal au loc în viața unei persoane.

La finalul terapiei, conform acestui model, se formulează un traseu de urmat pe termen mediu sau lung, stabilindu-se în prealabil anumite obiective clare.

În ceea ce priveşte obiectivele din prima etapă, demersul începe prin înțelegerea ambivalenței referitor la comportamentul de dependență care trebuie considerat a fi un element comprehensibil şi, prin urmare, trebuie să se elaboreze un model de lucru care să se axeze pe motivația persoanei în cauză. Motivația va fi analizată, iar persoana susținută în aşa fel încât responsabilitatea în luarea deciziilor să-i revină în totalitate pacientului.

Odată cu trecerea vremii dependenţii sexuali se închid şi tind să se izoleze de restul lumii, rup legăturile cu prietenii, cu cunoştinţele şi uneori chiar cu propria familie.

Unul dintre primii paşi, conform modelului elaborat de Carnes (1989), este de a căuta ca persoana să experimenteze importanţa de a trăi alături de ceilalţi, importanţa relaţiilor interpersonale. Instrumentul de bază a fost recunoscut prin grupurile de suport care îi oferă pacientului posibilitatea de a simţi ce înseamnă sentimentul apartenenţei şi faptul că trăind alături de ceilalţi aceştia se interesează de sănătatea lui şi, mai mult decât atât, vor să-l ajute. Insuflarea sentimentului că nu este singur, că suferinţa sa nu rămâne la nivel individual ci, dimpotrivă, persoanele din jur îl înţeleg şi-şi oferă toată disponibilitatea de a-l ajuta.

Cel de-al doilea pas are ca scop restaurarea calmului care întrerupe crizele de la începutul tratamentului şi ajutarea pacientului să experimenteze emoţiile ce au fost inhibate, să se abţină de la comportamente care i-au modificat dispoziţia într-un mod distructiv şi să înveţe să solicite ajutor de la ceilalţi pentru a nu mai fi singur şi izolat (Avenia, 2007, p. 161).

O muncă foarte dificilă, dusă la limita dintre sine şi ceilalţi şi solicitările acestora, îi poate ajuta să fie mai puţin rigizi cu ei înşişi şi mult mai deschişi faţă de ceilalţi. Nevoia fundamentală care este neglijată de aceste persoane este tocmai aceea de a primi tratamentul deschis şi liber, de a conştientiza că au forţa necesară de a se vindeca, că forţa este înăuntrul lor.

Munca ce se desfăşoară asupra înţelegerii responsabilităţii şi ruşinii ajută pacientul să-şi modifice pattern-urile despre minciună şi secret, cu scopul

de a avea mai puține argumente în favoarea menținerii secretelor. Situațiile de criză şi abstinența se prezintă ca fiind acute în aceste prime faze de-a lungul cărora dependentul este vulnerabil, îi este teamă şi simte că există riscul de recădere.

Dacă există grupuri de suport, ceea ce rar se întâmplă în România, este extrem de util să-şi împărtăşească propria experiență celorlalți membri ai grupului de suport, deoarece poate învăța că este posibil să găsească interlocutori sinceri în terapeut şi în membrii grupului, cu care poate să-şi împărtăşească gânduri, sentimente, interes reciproc şi să instaureze relații autentice cu fiecare dintre aceştia.

Obiectivele pe termen mediu ale procesului terapeutic se stabilesc în momentul în care, odată îndeplinite obiectivele primului pas, pacientul este pregătit pentru un angajament mai mare. Prima îndeplinire a acestor faze constă în înțelegerea propriilor emoții, exprimarea lor, recunoaşterea faptului că sunt exagerate (sau, în unele situații, ascunse) pentru ca ulterior să învețe să şi le gestioneze. O emoție importantă în mod special este furia ce trebuie transformată într-o expresie constructivă, ce ajută la eliminarea fricii, a suferinței şi în general la sentimentele de neputință, de pasivitate şi vulnerabilitate (Pistuddi, 2007, 162).

Dinamica relației şedințelor de grup este centrată pe sprijinirea pacientului în achiziția unor abilități de comunicare, dar şi în dobândirea empatiei sau modul de a fi deschis relațiilor, de a fi sincer şi onest. O îmbunătățire a abilităților de comunicare necesită timp îndelungat şi pregătire, exerciții şi tehnici diverse. În cazul în care pacientul vine însoțit se poate lucra şi cu partenerul. De fapt, competențele comunicative sunt considerate diferite dacă pacientul nu este singur sau dacă este încon-

jurat de persoane care-l ascultă. Faptul că îşi îmbunătăţeşte abilităţile de comunicare are un rol deosebit de marcant în schimbarea relaţiilor cu familia şi-l ajută să se integreze în comunitate. Pacientul se dedică pas cu pas altor activităţi.

Experienţele de ajutor primite din partea grupului de suport şi din partea terapeutului devin o modalitate prin care pacienţii pot învăţa ce înseamnă intimitate relaţională, o modalitate prin care ei pot să preia iniţiativa, pot să ceară ajutor şi să vadă, să găsească mai ales, în cel de lângă ei un interlocutor nu doar sincer, ci şi disponibil. O persoană care poate să-i ajute să iasă din această stare caracterizată de pasivitate şi din percepţia victimizării. Ruşinea pe care o simt creează inhibiţii şi o lipsă de contact cu propriile sentimente, ceea ce îi face să nu fie deloc empatici în recunoaşterea nevoilor altora.

Multe persoane dependente de sex ajung să facă confuzie – şi aici este riscul –, între sprijinul pe care ceilalţi îl pot oferi – şi-l oferă, şi dependenţa de ceilalţi. Dependenţii de sex ajung să fie dependenţi de cei ce-i ajută. La început, ei nu reuşesc să consolideze o relaţie de interdependenţă. Astfel, se impune să fie susţinuţi în a-şi construi un sine pozitiv. Trebuie să înţeleagă că nu totul se rezumă la experienţele negative din trecut, ci dimpotrivă, că au posibilitatea de a se strădui, de a munci pentru dezvoltarea unor noi posibilităţi de autoafirmare, dacă reuşesc să se debaraseze de modelele familiale patogene. Tot prin intermediul psihoterapiei, se încearcă să ajungă la edificarea stimei de sine şi la constatarea că pot, prin efortul personal, să se valorizeze.

Un stil de viaţă în care să dedice mai mult timp propriei persoane, să se orienteze spre activi-

tăți de relaxare, distractive, ludice, să se preocupe de propria sănătate fizică, care prevede şi timp pentru odihnă, pentru recuperarea energiilor fizice. Terapeuții americani recurg la tehnici şi strategii *cognitiv-comportamentale* precum „problem solving", prin care îl fac pe pacient conştient de starea în care se găseşte şi îl pregătesc preventiv pentru a nu recădea, pentru a preveni tensiuniile care sunt generatoare de criză.

După aceste două faze, conform autorilor americani, trebuie luat în considerare dacă pacientul este în stare să întreprindă o muncă mult mai anevoioasă care constă în înfruntarea elementelor celor mai problematice ale vieții sale, care rezultă din sexualitate, probleme familiale şi eventualele experiențe de abuz sexual.

Tratarea pare a fi imediată dacă este înbunătățit nivelul conştiinței, al înclinației de a comunica şi al capacității de a fi prezent din punct de vedere emotiv față de propria persoană şi față de partener. În ceea ce priveşte sexul, în sens strict, în momentul în care o persoană a dezvoltat o semnificație corectă a sinelui, sexul devine o alegere şi nu o constrângere pentru repetarea impulsivă, ca în cazul dependenților (Avenia, 2007, p. 163). Deosebit de important de subliniat este prevenția recăderilor ca tratament reabilitativ pluridimensional, care prevede intervenția psihoterapeutului şi un suport farmacologic adecvat.

Există tratamente recunoscute, de scurtă durată sau de lungă durată. În *Stage II recovery. Life beyond addiction* (1985), specialistul în recuperare Ernie Larsen descrie două faze de recuperare. Primul stadiu prevede obținerea abstinenței, iar al doilea stadiu are ca scop „putting one's live back together"

Terapia de grup

Tratamentul de lungă durată în cazul adicției sexuale îşi are originea în „The Twelve Steps" ai Alcoholics Anonymous elaborați cu 60 de ani în urmă. Statisticile au scos în evidență că peste 90% dintre persoanele dependente de sex care au făcut parte din programul cu 12 paşi, timp de 5 ani sau mai mult, au realizat progrese considerabile spre vindecare. În recuperare, forța grupului este mai puternică decât forța individuală.

Primul pas constă în admiterea faptului că dependentul este dependent, că este lipsit de putere şi că viața sa este lipsită de orice management benefic. Dependentul trebuie să-şi recunoască propria condiție, să-şi observe voința slabă, că dependența i-a afectat propria viață, ca apoi, în pasul al doilea, să solicite ajutor de la o persoană care este mai puternică decât el. Mulți dintre dependenții de sex nu doresc să admită realitatea propriei vieți, să admită stadiul de dependență, astfel ei neagă, diminuează sau proiectează această situație. Este deosebit de important acest pas al recunoaşterii - „we admitted"

S-au creat grupuri de suport al dependenților, programe la nivel internațional de recuperare şi educație, care au preluat modelul Alcoholics Anonymous - Sex and Love Addicts Anonymous (SLAA), Sex Addicts Anonymous, Sexual Compulsives Anonymous sau Sexaholics Anonymous. De pildă, SLAA a fost fondată de un muzician din Boston, în 1977. El a fost membru al Alcoholics Anonymous timp de mai mulți ani. Ideea sa că sexualitatea a scăpat controlului l-a făcut să identifice şi alte persoane cu această problemă şi astfel s-au adunat mai întâi în case private, iar mai apoi în locuri mai largi.

Programul S.L.A.A. este un program benevol în care pacientul este sincer şi deschis, de accea nu trebuie să se simtă nicidecum forţat, el trebuie să primească speranţă. Fiecare pas are scopul de a îmbunătăţi continuu viaţa subiectului, de la luarea deciziei până la schimbarea comportamentului cu ajutorul persoanelor din jur şi atingerea unei stări de natură spirituală lipsită de egoism şi demnă de binefaceri. De menţionat că programul nu se realizează în izolare. Se face mereu referinţă la apelativul „noi", ce simbolizează comuniunea persoanelor ce doresc să se vindece. Vindecarea nu este un act individual, un program de tip „eu", ci este un program de tip „noi", care prevede contactul cu celelalte persoane, suferind de acceaşi tulburare.

Programul „12 paşi" s-a dovedit a fi benefic prin facilitarea formării unor legături de suport şi prietenie în afara grupului. Având în vedere presiunea grupului de consumatori ca una din categoriile cu risc mare de recădere, relaţiile de prietenie cu non-consumatorii în viaţa cotidiană devin un element de prognostic pozitiv în menţinerea abstinenţei. Grupul constituie astfel pentru individul cu dependenţă o cale de a socializa şi, progresiv, preocuparea pentru propria persoană se extinde, în dorinţa de a ajuta şi alte persoane să se recupereze (Prelipceanu, 2004, p. 168).

Prin întâlnirile periodice, conduse spre o sănătate a minţii prin explorarea emoţiilor şi a relaţiilor, terapia de grup oferă pacientului oportunitatea de a învăţa cum să se deschidă, prin anumite practici şi roluri asumate, oferă oportunitatea de a învăţa din experienţa celorlalţi membri ai grupului cum să se descurce în unele situaţii similare. Pacientul poate învăţa foarte multe de la membrii grupului, poate primi feedback, îşi poate dezvolta relaţiile,

poate învăța să comunice mai bine şi poate învăța, la rândul său, să îi sprijine pe alții prin căi nonadictive. Un alt avantaj al terapiei de grup este acela că poate oferi o experiență emoțională cathartică şi poate îmbunătăți abilitatea dependentului de a experimenta şi de a înțelege intimitatea nonsexuală.

Psihoterapia psihanalitică are scopul de a aduce conştientizare ridicată a gândurilor inconştiente, de a dezvolta insight-uri pentru motivație şi pentru rezolvarea problemelor.

Terapeuții psihanaliști au declarat că la majoritatea pacienților veniți la terapie au identificat o paradigmă centrală de transfer caracterizată în principal de deprivări materne severe însoțite de manifestări de furie excesivă. Chiar dacă aceste persoane au o puternică dorință de a fi tratați de psihoterapeut, o problemă reală care apare în cazul curei terapeutice este gândul terifiant pe care-l au că vor fi dependenți de terapeut (Wayne, 1995, p. 479). O altă problemă pentru tratamentul psihoterapeutic este relația cu acele persoane, dependente de sex, care s-au angajat în acțiuni sexuale de natură dramatică şi periculoasă. Din cauza modului „self-medicatory" prin care funcționează aceste acte, terapeutului îi este mai greu să lucreze cu subiectul său, şi devine necesar să fie mult mai activ decât în alte cazuri clinice. Activitatea sporită a terapeutului ia uneori forma unor sugestii adresate pacientului de a diminua frecvența actelor sexuale, pentru a oferi tratamentului şansa de a se sfârşi într-o manieră pozitivă. În unele situații, pacientului i se pot administra inhibitori de serotonină, care au rolul de a cauza scăderi ale dorinței sexuale şi a intensității orgasmice.

În final, terapeutul este văzut ca figură paternă, protectoare care îl poate controla şi care are

puterea de a-i interzice continuarea comportamentului sexual.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tratamentul adicției sexuale include diverse tehnici ce au ca scop identificarea credințelor/ideilor negative și a comportamentelor indezirabile și înlocuirea lor cu cele pozitive și benefice. În cadrul terapiei cognitiv-comportamentale sunt incluse modalități de prevenție a recăderii. Prevenția recăderii este o etapă din programul controlului de sine creat pentru a ajuta dependenții de sex să anticipeze și să facă față eventualelor recăderi. Sunt abordate diferite tehnici, specifice intervenției cognitiv-comportamentale de recunoaștere și conștientizare a problemei, strategii de coping, și mai ales însușirea unor abilități comportamentale specifice. Terapeutul îi prescrie pacientului sarcini, „teme pentru acasă" (Dafinoiu și Varga, 2005, p. 33).

Tratamentul se centrează pe sentimentele individului, pe comportamentul său și pe mediul care ar putea precipita recăderea. De aceea, terapia cognitiv-comportamentală face apel la proceduri care ajută la evitarea condițiilor de recădere.

Terapia de cuplu / familie

Dependența de sex afectează întreaga familie, de aceea, în foarte multe cazuri este recomandată participarea și implicarea partenerului sau/și a copiilor în cadrul ședințelor de terapie. Încă din 1983, Patrick Carnes afirma că terapia maritală este mult mai utilă decât terapia de grup sau terapia individuală pentru facilitarea sănătății cuplului, dar și, în particular, pentru monitorizarea reactivității emoționale în procesul de recuperare.

Cercetările au arătat că terapia de cuplu are în tratamentul adicției sexuale succes mai mare decât

terapia individuală ori terapia de grup, chiar dacă la începutul şedinţelor pacientul doreşte să fie singur (Bergner, 2002).

Alte studii au accentuat rolul partenerului şi susţinerea pe care acesta o poate oferi în procesul vindecării. Următoarele teme au fost subliniate: restaurarea încrederii, iertarea, îmbunătăţirea conştientizării propriilor emoţii, îmbunătăţirea comunicării, înţelegerea problematicii, îmbunătăţirea intimităţii, a interacţiunii dintre parteneri, a activităţilor comune, reducerea ruşinii, eliminarea mecanismelor de apărare (Young, 2000, p. 57).

Raviv susţine că includerea membrilor familiei în tratament, prin participarea acestora la unele şedinţe de terapie, va duce la o mai bună înţelegere din partea familiei a adicţiei sexuale şi astfel ei îşi vor antrena toate abilităţile în sprijinul pentru schimbare pe care îl vor acorda dependentului de sex (Raviv, 1993).

Dintr-un punct de vedere eminamente clinic s-a demonstrat că este extrem de util să se includă în procesul diagnosticării (dar şi în primele faze ale tratamentului) acea persoană care reprezintă o anume semnificaţie pentru pacient: partenerul de viaţă sau altă persoană apropiată. Includerea acestei persoane în cadrul terapeutic poate ajuta la înţelegerea impactului pe care l-a avut faptul că a cunoscut un dependent, impactul pe care l-a avut dependenţa asupra relaţiei de cuplu şi chiar pentru a înţelege dacă persoana apropiată poate fi numită co-dependentă, dacă aceasta suferă la rândul ei de depresie, dacă are o stimă de sine scăzută, dacă prezintă un comportament indulgent şi protectiv pentru pacient sau dacă prezintă tulburări de control al impulsurilor comorbide. Deseori pacientul învaţă în terapie că nu este singurul care suferă, că şi partenerul suferă.

Autorii tradiționali, psihoterapeuți, subliniază că de fapt se poate vorbi nu numai de terapia persoanei dependente, ci şi de terapia cuplului, adică a dependentului şi a partenerului său, considerat „co-dependent" Milrad sugerează că terapia de cuplu trebuie să includă ambele aspecte: recuperarea individuală (a individului şi a co-addictivului - soția) şi concomitent stabilizarea cuplului (Milrad, 1999, p. 128). O stabilizare a relației de cuplu/relației maritale, prin recunoaşterea adevărului şi a deschiderii poate ajuta la o recuperare rapidă, bazată pe o descoperire care sugerează că fricile relației deseori previn dependentul de a fi onest. Onestitatea, să nu uităm, este un element esențial pentru vindecarea de adicția sexuală (Bird, 2006, p. 309).

Terapia de cuplu îi pune împreună pe ambii parteneri să facă parte fiecare din procesul spre dobândirea sănătății, împărtăşindu-şi unii altora sentimentele de frică şi învățând să fie mai deschişi. Numărul de divorțuri relatate în astfel de cazuri este un indicator al influenței pe care adicția sexuală o are asupra stabilității căsniciei. Terapia maritală oferită de psihoterapeuți specializați poate scoate în evidență noi resurse pentru membrii cuplului în menținerea acestei relații şi pentru scăparea de adicția sexuală.

Pare a fi irațional ca un cuplu să prefere să-şi discute problemele private în cadrul unor şedințe de terapie de grup, înainte de a opta pentru terapia de cuplu. Pentru că terapia poate dura ani de-a rândul mijloacele de terapie pot alterna, subiectul apelând la unele dintre acestea în funcție de nivelul la care se află şi de indicațiile psihoterapeutului. Există printre psihoterapeuții pe care i-am cunoscut şi opinii care sugerează că ar fi de recomandat ca fiecare dintre partneri să frecventeze alt psihoterapeut. Este şi aceasta o alternativă.

În cazul cuplurilor, relaţiile intime se pot îmbunătăţi. O altă componentă delicată a terapiei se regăseşte în cazul persoanelor abuzate sexual în copilărie. Unii autori sugerează să nu se propună această temă până când persoana nu demonstrează că are forţa necesară şi siguranţa de a putea vorbi, să se amâne discuţia respectivă până în momentul în care se constată că persoana dă dovadă de o autentică comprehensiune a problematicii.

În unele cazuri, descoperirea unei dependenţe de sex la unul dintre cei doi parteneri, în cadrul unui cuplu bine stabilit, poate avea consecinţe devastatoare deoarece sentimentul de fidelitate este distrus. Astfel că proiectul terapeutic trebuie să includă şi o terapie la care să participe şi partenerul, sau chiar un grup al partenerului (Annalisa Pistuddi, 2007, p. 163). Terapia de cuplu poate ajuta partenerii să fie conştienţi de gândurile fiecăruia, de perspective, de ideile şi de zbaterile pe care fiecare dintre aceştia le au. Într-o societate super-solicitantă, consumistă, care prevede multe ore de lucru, două-trei locuri de muncă, program exagerat de încărcat, nu mai există timp pentru repaus şi nici măcar pentru discuţii între parteneri. Individul este încarcerat în propria lume şi se simte ca o piesă a acestui angrenaj, dacă se va opri, va fi sortit eşecului. Ori, în situaţia de faţă, când individul nu mai are timp pentru sine, nu mai are timp de soţie, de familie, ci doar prestează nişte servicii pentru a fi recompensat, în aceste condiţii nefaste inevitabil apar probleme. Şi doar ajunşi în faţa unei a treia persoane, ei vor începe să-şi reverse neclarităţile, să discute, să afirme ce simt şi ce vor de fapt şi în final să se cunoască reciproc. În ajutorul lor, terapeutul apare ca o salvare, ca cel care se interesează de viaţa personală a cuplului.

Ca urmare, discuțiile cu terapeutul, la care soția nu doar asistă (sau celălalt partener în caz contrar sau chiar alți membrii ai familiei), au rolul de a facilita comunicarea dintre cele două persoane (sau membrii familiei), de a înțelege complexitatea fenomenului adicției sexuale şi de a spriji pacientul în drumul său spre vindecare.

Chiar dacă pacientul este căsătorit sau nu, unii autori susțin că statutul de căsătorit nu reprezintă un factor pentru prevenirea recăderii. Dar divorțul sau despărțirea sunt factori care, totuşi, conduc la favorizarea recăderii (Wan, 2000, p. 179).

Pare destul de dificil de a oferi un verdict în favoarea terapiei de cuplu. Există studii care arată că doar 30% dintre persoane consideră că consilierea maritală este de ajutor pe termen lung în contrast cu terapia individulă, la care apelează mai multe persoane. Autorii studiilor oferă şi o explicație. La terapia individuală oamenii caută ajutor pentru ei înşişi şi sunt de obicei mai motivați pentru schimbare, decât în terapia de cuplu, când acuzele şi responsabilitatea îl privesc mai mult pe celălalt. Terapeutul trebuie să-l „repare" pe celălalt (Grayson, 2004, p. 14).

Desigur că şi modelul prezentat este susceptibil de critici şi are limite în confruntarea cu persoane antisociale şi care au dezvoltat o identitate fragilă.

Terapia farmacologică

În cazul adicțiilor, diferitelor forme de terapie li se alătură un **tratament farmacologic**. Dintre binecunoscutele medicamente ce se recomandă în anumite tulburări psihice şi pentru sexual addiction se folosesc antidepresive. Cele mai des folosite antidepresive în tratamentul adicției sexuale sunt inhi-

bitorii de serotonină. Acestea includ fluoxetinele (Prozac, Prozac Weekley), paroxetinele (Paxil) şi sertralinele (Zoloft).

În alte cazuri medicul poate indica administrarea de antiandrogeni. Aceste medicamente au rolul de a inhiba efectele biologice ale hormonilor sexuali, androgeni. Ele pot reduce dorinţa sexuală, erecţia şi fanteziile. Se folosesc doar în cazul în care adicţia sexuală pune în pericol pe cei din jur. S-a remarcat eficacitatea folosirii androgenilor în cadrul pedofiliei.

Naltrexona este un medicament folosit deseori în tratamentul adicţiilor. Adicţia sexuală intră în categoria adicţiilor alăturându-se alcoolului, stupefiantelor sau jocurilor de noroc. Conform National Institute on Drug Abuse (NIDA) adicţia de droguri este o tulburare cronică, caracterizată de o căutare şi o utilizare compulsivă a drogului, şi de o schimbare neurochimică şi moleculară în creier (Nora D. Volkow, 2006, p. 18).

În cazul comportamentelor adictive are loc o funcţionare deficitară a centrului de recompensă al creierului. Centrul de recompensă guvernează toate comportamentele în care motivaţia are un rol central, inclusiv motivaţia de a face sex. Pentru că vorbim de creier, vorbim în linii mari şi de neuroni şi neurotransmiţători. Neurotransmiţătorul responsabil atât pentru comportamentul sănătos, cât şi pentru comportamentul adictiv este dopamina. Totodată, alţi neurotransmiţători modulează cantitatea de dopamină eliberată prin răspunsul la stimuli. Experimentele au demonstrat că Naltrexona este eficientă şi în saţietatea sexuală şi epuizarea fizică la şoarecii masculi (Fernandez-Guasti, 2003, p. 258).

Naltrexona îşi exercită efectul prin inhibarea parţială a efectului opioizilor endogeni, care fac

parte din sistemul chimic intracerebral responsabil pentru apariţia senzaţiei de satisfacţie şi pentru analgezia endogenă. Substanţe precum alcoolul, morfina, nicotina au efect stimulator pe acest sistem. La început Naltrexona a fost aprobată pentru a-i ajuta pe cei ce vor să abandoneze consumul de opiacee (heroina şi morfina). Cu alte cuvinte, Naltrexona este folosită pentru diminuarea dependenţei de opioizi. Cel mai mult s-a utilizat în tratamentul dependenţei de alcool. Astfel că după publicarea eficacităţii primelor două tratamente, în anul 1992, o serie de studii au confirmat rolul medicamentului în reducerea frecvenţei consumului de alcool (Schmitz, 2001).

Naltrexona acţionează blocând capacitatea opioizilor de a spori eliberarea dopaminei. Mai mult decât atât, ceea ce ne interesează pe noi, studiile au demonstrat faptul că acest medicament are posibilitatea de a reprima compulsivitatea euforică şi adicţia devastatoare a pacienţilor dependenţi de pornografia de pe Internet (Bostwick, 2008, p. 266).

Centrul de recompensă mezolimbic, înainte de a fi copleşit de adicţie, are rolul de a motiva comportamentele ce oferă beneficii individuale. Îndată ce adicţia s-a instalat, specialiştii au observat o funcţionare eronată a centrului de recompensă, indiferent de tipul de adicţie: abuzul de drog, jocurile de noroc sau activitatea sexuală.

În mod concret, în articolul semnat de Bostwick şi Bucci (2008), este prezentată Naltrexona, modul cum acţionează la nivel neuronal, dar şi cum s-a modificat comportamentul pacientului. Este prezentat cazul unui tânăr de 24 de ani care a devenit dependent de sex prin intermediul Internetului. El a făcut parte din grupuri de psihoterapie, a urmat indicaţiile medicului cu antidepresive, alături de

psihoterapie individuală, însă rezultatele nu erau satisfăcătoare. Ajunsese să-şi petreacă mai mult de opt ore pe zi pe site-uri erotice, chat-uri, masturbându-se repetat şi nu se putea stăpâni, nu se oprea decât atunci când îl copleşea oboseala. Astfel că tânărul şi-a pierdut câteva joburi din cauza productivităţii slabe, ca rezultat al timpului cheltuit fără beneficiu profesional, timp alocat preocupărilor pentru satisfacerea comportamentului compulsiv.

Timp de câteva săptămâni, în urma tratamentului cu Naltrexonă prescris de psihiatru (50 mg/zi), alături de o doză de 100 mg/zi de Sertralină (prin studii controlate, de tip placebo, s-a demonstrat că Sertralina este eficientă în tratamentul comportamentului compulsiv-obsesiv la copii şi adulţi, Chouinard şi colab. 1991, p. 279). Pacientul a raportat o schimbare privind comportamentul sexual. Dacă despre adicţia sexuală afirma că, cu toate că persevera în acele acţiuni, ajunsese să nu simtă nicio satisfacţie, se simţea ca în iad, după câteva săptâmâni efectele au început să apară.

Vindecarea totală s-a realizat doar după trei ani de la începerea tratamentului, timp în care a continuat să primească Sertralină şi Naltrexonă (doza de Naltrexonă crescând uneori până la 150 mg/zi) şi să urmeze şedinţe de psihoterapie individulă. La final pacientul a afirmat că nu mai simţea nicio dorinţă de a mai întâlni pe cineva online.

Eficienţa Naltrexonei în tratamentul adicţiei a fost dovedită şi de un alt studiu, desfăşurat în Israel. La şaptezeci şi doi de pacienţi li s-a administrat timp de 6 luni Naltrexonă. Rezultatele au fost benefice, persoanele au început să aibă relaţii stabile, să primească o slujbă şi să creeze relaţii

sociale bune (Lerner, Gelkopft, Sigal, Oyffe; 1997, p. 390).

Hyman (2005) numeşte adicţia o uzurpare a mecanismelor neuronale ale învăţării şi memoriei care în condiţii normale servesc la conturarea comportamentelor de supravieţuire corelate cu căutarea recompensei. Este vorba despre circuitul neuronal al comportamentului motivaţional (MAB) care include nucleus accumbens (NAc), aria tegmentală ventrală, cortextul prefontal şi amigdala. Adicţia afectează acest circuit provocând o mare cantitate de dopamină eliberată pe periode lungi de timp.

Un alt autor, Ryback, a studiat în mod particular ce rezulate a avut Naltrexona în reducerea apetitului sexual şi în comportamentul hipersexual la adolescenţii condamnaţi ca delincvenţi pentru viol şi activităţi sexuale cu copiii mici. Şi aceştia au primit doze de Naltrexonă de la caz la caz (100 mg/zi până la 200 mg/zi); cei mai mulţi dintre participanţi au relatat scăderi ale apetitului sexual, a frecvenţei masturbărilor şi a fanteziilor sexuale, concomitent cu o creştere a controlului nevoilor sexuale (Ryback, 2004, p. 985).

Astăzi medicina homeopată pare a fi la modă. Mijloacele de tratament homeopate au pătruns şi în sfera sexualităţii. De exemplu, pentru scăderea dorinţei, homeopatia indică câteva remedii: Agnus Castus, Baryta Carbonica, Conium, Grapgites, Lycopodium, Sepia, Natrum Muriaticum, Staphysagria, Sabal Serrulata şi altele (Granata, 2005, p. 117). Ideea acestui studiu a pornit de la o anumită evidenţă, experimentată şi de alţi autori şi anume că multe persoane vor să-şi rezolve singure problemele, fără nicio intervenţie profesională (Curry şi colab, 2003, p. 309). Sarcina noastră este să nu-i lăsăm singuri, ci să le venim în ajutor.

Comentarii

Ne interesează, ca specialişti, cum îi tratăm pe cei care suferă de dependența de sex. Majoritatea persoanelor cu sexual addiction au fost investigate cu ocazia încarcerării (infractori), când întâmplător s-a dovedit a avea şi astfel de probleme, de natură sexuală. Cunoaştem gradul ridicat de recidivă al infractorilor cu fapte de natură sexuală, fie că vorbim de abuz sexual, viol sau pedofilie. În cazuri foarte rare pacienții se prezintă la un cabinet privat de psihoterapie. În alte situații, psihoterapia cuplului poate identifica aspecte de dinamică sexuală. Dacă în America există clinici rezidențiale specializate pentru tratamentul dependenței de sex, unele tratând exclusiv femeile, în România, încă nu avem. De fapt, chiar şi în sistemul de sănătate britanic numărul clinicilor este limitat, iar femeile din Marea Britanie prezintă unele bariere specifice în a se adresa serviciilor specializate precum bariere individuale (negarea problemei, remisia spontană, dorința expresă de a refuza ajutorul, apelarea la alte servicii pentru alte probleme de sănătate mentală (suicidul), sau bariere sociale precum indezirabilitatea socială şi stigma (Dhuffar şi Griffiths, 2016).

Adicția este fără îndoială o realitate clinică, dar folosirea conceptului de adicție pune probleme de legitimitate teoretică în funcție de mediul în care este situat. Pe scurt, există două tipuri de conceptualizare a adicției. Prima folosire este una de tip descriptiv (Goodman) şi corespunde anumitor criterii şi comportamente concrete care se încadrează în această categorie. Cel de-al doilea tip al adicției se referă la un model explicativ sau interpretativ şi propune modele sau construcții psihopatologice ale adicției, făcând referire la funcțiile şi consecințele adicției (Pedinielli şi colab., p. 121).

Adicția sexuală reprezintă o condiție foarte dureroasă pentru persoanele care suferă de aceasta. Nu s-a identificat până astăzi niciun tratament 100% eficient. Probabil cel mai bun tratament poate fi acela care înglobează cât mai multe abordări. În timp ce psihoterapia individuală permite să se întreprindă cele mai multe insight-uri pentru geneza comportamentului, succesul nu s-a obținut fără ajutorul agenților psihofarmaceutici. Tehnicile cognitiv-comportamentale şi psihoterapiile de orientare psihodinamică au scopul de a obține o îmbunătățire a strategiilor de coping, a recunoaşterii riscurilor şi a prevenției recăderilor. De asemenea, un ajutor important poate veni urmând cei 12 paşi consacrați pentru tratament. Personal, am îndoieli că românii vor fi deschişi la un astfel de model de terapie. E adevărat că modelul funcționează în cazul dependenților de alcool, de câțiva ani buni, în Bucureşti, pe lângă Spitalul de Psihiatrie Obregia, că există grupuri de terapie lângă Sibiu sau în Oradea, însă cu privire la dependența de sex atât bărbații cât şi femeile vor avea mari rețineri în a se prezenta, chiar într-un grup închis, sigur, securizant şi a-şi exprima suferința. Mai nou, forumurile online de discuții reprezintă un ajutor pentru cei cu probleme similare, creând astfel o comunitate online care se ajută şi se susține reciproc, uneori ajungându-se ca utilizatorii să se întâlnească offline, legând prietenii.

În ceea ce priveşte terapia de cuplu, după cum spuneam, majoritatea terapeuților iau în considerare rolul terapiei de cuplu, mai mult decât terapia de grup sau terapia individuală. Iar în cadrul terapiei de cuplu abordarea integrativă - care priveşte pacientul ca întreg şi nu analizează sexualitatea ca pe o componentă individuală, ci priveşte persoana umană în ansamblu său -, are alte rezultate.

Însă alţi autori, dimpotrivă, nu susţin terapia de cuplu şi nu discută despre acest tip de terapie, nici măcar ca pe o opţiune posibilă. Perspectiva lui Schneider şi Schneider este că recuperarea individuală este la baza construirii unei relaţii sănătoase. Ei merg atât de departe, încât susţin cu fermitate că o terapie începută prin terapia de cuplu va fi dăunătoare individului (Schneider J., Schneider B., 1996, p. 246).

Este adevărat că atât terapia de cuplu, cât şi terapia individuală prezintă avantaje şi dezavantaje. Însă nu se poate face abstracţie în niciun caz de relaţia adictivului cu familia, mai ales că în nenumărate cazuri ale adicţiei sexuale este evidenţiat faptul că adicţia afectează atât relaţiile profesionale ale pacientului, cât şi relaţiile cu partenerul ori cu ceilalţi membri ai familiei. Chiar dacă unii terapeuţi se focalizează doar pe individ şi pe well-being-ul acestuia, iar alţii văd adicţia sexuală ca pe o problemă ce afectează nu doar pacientul, ci şi cuplul, culminând în unele cazuri cu conflicte şi ducând până la divorţ, totuşi rămâne evident faptul că există o relaţie şi o influenţă reciproce între binele individului şi binele relaţiei de cuplu ca atare. Nu sunt de acord cu afirmaţia că dacă individul este sănătos şi relaţia va fi sănătoasă, sau că dacă facem ca individul să nu mai fie dependent, relaţia de cuplu se va reface, fără niciun fel de repercusiuni. Problematica adicţiei este mult mai complexă, deloc simplă şi unidirecţională.

Problematica rămâne alta. Mulţi dintre noi nu dorim să admitem că suntem dependenţi de ceva, fie că este vorba de mâncare, de alcool, de tutun, droguri, tehnologie sau sex. Poate din cauza stereotipurilor pe care încă le avem, stereotipuri lega-

te de dependență. Şi, slavă Domnului, România, nu duce lipsă de etichetarea celor care suferă de o anume tulburare sau alta. Când eşti dependent simți că nu ai nicio alternativă, nu ai putere asupra ta; ai dorință, dar nu putere de schimbare şi nu ai control. Mulți dintre români nu vor să accepte ideea că altcineva îi controlează. De fapt, nimeni dintre noi nu doreşte să fie subjugat, să fie condus de altcineva sau altceva. Omul postmodern doreşte libertate şi se luptă pentru a-şi obține libertatea. Astăzi, dacă lezezi libertatea altuia codurile de legi îți aplică o pedeapsă drastică. Omul recent consideră libertatea ca pe cea mai mare valoare. Pentru virtutea libertății s-au purtat războaie, au murit oameni - doar pentru a fi liberi. S-a luptat şi s-a murit pentru libertate şi încă se mai luptă pentru libertate şi pentru independență la diferite niveluri. Este permis să fii liber. Să gândeşti liber, să te exprimi liber, să acționezi liber conform dorințelor proprii. Şi se pare că este plăcut să fii liber. De aceea vedem dependența ca pe ceva dezastruos şi inacceptabil. Pentru că în momentul în care suntem dependenți, nu mai suntem liberi, devenim pasivi. Nu ne place să fim dependenți pentru că nu mai putem face ceea ce dorim şi pentru că suferim.

Pentru cei dependenți sexul devine foarte important şi toate celelalte aspecte ale vieții suferă din această cauză. Azi nu se mai face o distincție netă între permis şi nepermis, ci apare o necesitate cu referire la distincția dintre sănătos şi nesănătos.

Să luăm exemplul persoanei care consumă alcool. O persoană ce consumă regulat o cantitate mică de alcool (un pahar de vin) în timpul meselor zilnice nu înseamnă că este o persoană dependentă. Este numită persoană consumatoare, dar nu persoană alcoolică, pentru că la alcoolic lucrurile stau

cu totul altfel. Aici treburile sunt mult mai complicate. Ea este dependentă de alcool, iar alcoolul pe care-l consumă este nociv.

Să luăm alt exemplu: al masturbării. Dacă în urmă cu zeci de ani acest act era prohibit şi catalogat nu doar ca imoral ci şi ca deviant, astăzi majoritatea psihosexologilor recomandă masturbarea ca tehnică utilă în terapia unor disfuncţii sexuale.

Doctorul american Mark H. Bird, din Texas, pleda pentru importanţa terapiei familiale în cazul adicţiei sexuale, în detrimentul terapiilor individuale ori de grup. În amplul său articol, el a trecut în revistă majoritatea studiilor ce au luat în considerare terapia familială sau terapia de cuplu, oferind argumente pro şi contra. Una dintre concluziile studiului a fost aceea, la care semnez şi eu, că majoritatea terapeuţilor nu înţeleg prea bine ce înseamnă adicţia sexuală (Bird, 2006, p. 307).

Chiar dacă este vorba de terapie individuală, de cuplu, sau orice alt tip de terapie multidisciplinară, terapeutul trebuie să acorde atenţie simptomelor ce sugerează că comportamentul sexual afectează individul, partenerul sau cuplul. Terapeutul trebuie să acorde atenţie şi problemelor de cuplu, care par a fi adiacente, dar care pot avea oarecare legătură cu adicţia partenerului, problemele din cadrul cuplului ce au determinat şi facilitat într-o oarecare măsură adicţia sexuală.

Evola, menţionat în Introducere, deşi nu era psiholog, declara că la om, în fond, nu există niciodată o dorinţă fizică; dorinţa fizică nu este decât o traducere şi o transpunere a unei dorinţe psihice (Evola, 2002, p. 45). Iar un psihanalist cunoscut declara sexualitatea umană ca fiind indisociabil o psihosexualitate, fie că este vorba de a evoca satis-

facţia, fie imposibilitatea de a ajunge la aceasta (André, 2003, p. 101).

Sarcina tratării, în mare măsură, nu îi revine medicului, ci psihoterapeutului. O altă concluzie ar fi că adicţiile pornesc şi de la o carenţă culturală, de personalitate bazată pe un gol de sine al persoanei, gol pe care această persoană vrea să-l umple. Oamenii se găsesc într-o stare de anxietate. Se tem să nu rămână singuri. Adicţia ne întâmpină ca un fenomen socio-cultural cu o hipervalorizare a elementelor de performanţă biologică în general, iar în cazul nostru, hipervalorizarea laturii sexuale a persoanei. Totodată este corelată cu ideea de sănătate maximă, de putere, ceea ce oferă şi prestigiu. Performanţa sexuală devine o valoare la indivizii care sunt slabi. Prin acest comportament se aşteaptă compensarea unor lipsuri. Oamenii ce nu ajung la saturaţie nu se împlinesc, pentru că nu fac ceva de calitate şi cu consistenţă. Prin urmare, psihologii nu au de luptat doar cu adicţia sexuală, ci şi cu toate structurile mai mari sau mai mici care, prin diverse mecanisme, duc la instalarea adicţiei sexuale în societate.

Cred că am reuşit să înţelegem că dependenţa de sex se adresează mai ales psihoterapiei. Acestă adicţie are nevoie urgentă de intervenţie psihoterapeutică pe diverse planuri. Nu doar pentru a încerca reabilitatea persoanei nefericite, crearea unei bune imagini de sine, refacerea contactului cu familia, salvarea căsniciei, inserţia socială sau eliminarea gândurilor distructive şi tratamentul depresiei (acolo unde este diagnosticată). Vorbim de o dependenţă, dar are loc şi un alt proces deosebit de important, şi anume destructurarea Eului, a Eului slăbit.

Pentru toate acestea este nevoie de terapeuţi specializaţi pe acest domeniu. Dacă în Occident s-au

creat programe internaționale de recuperare şi educație, care au preluat modelul Alcoholics Anonymous, grupuri de suport pentru dependenții de sex - precum: Sex and Love Addicts Anonymous (SLAA), Sex Addicts Anonymous, Sexual Compulsives Anonymous sau Sexaholics Anonymous –, în Romania această adicție rămâne încă, din păcate, un tabu sau se vorbeşte despre ea doar în cadrul conferințelor de specialitate.

Ce urmează?

În 2017, Dr. Carnes a obținut un grant pentru a efectua studii genetice în Canada şi America. Peste 1.000 de persoane (500 dependenți de sex şi 500 persoane care nu sunt dependente) din diverse centre din SUA şi Canada au fost incluse în studiul condus de Dr. Carnes[2]. Studiul urmăreşte să răspundă la câteva întrebări esențiale:

1) Ce gene au legătură cu dependența sexuală?

2) Cum sunt aceste gene comparativ cu genele legate de alcoolism şi dependența de droguri?

3) Există grupuri specifice de gene care predispun persoanele dependente de sex să se comporte în anumite moduri? Cu alte cuvinte, putem anticipa dacă un dependent va deveni compulsiv în ceea ce priveşte infidelitatea, pornografia sau voyeurismul?

4) Ce tulburări psihologice sunt legate de diferitele tipuri de dependență sexuală? De exemplu, dacă o persoană este antisocială, este mai probabil să plătească în mod compulsiv pentru sex, să se angajeze în voyeurism sau să urmărească sexul în anonimat?

---

[2] Preluat şi tradus din www.themeadows.com/blog, accesat la 01 februarie 2018.

O analiză genetică completă a tuturor participanţilor va fi efectuată folosind specimenele de salivă. Metode statistice avansate vor fi utilizate pentru a identifica genele care au legătură cu diferite tipuri de dependenţă sexuală şi pentru a lega modelele genetice de psihopatologia şi tipul dependenţei sexuale.

Autorii speră ca acest studiu să contribuie la îmbunătăţirea considerabilă a tratamentului şi accesul la tratament pentru cei care se luptă cu dependenţa de sex. Ar putea, de exemplu:

1) să conducă la crearea unui instrument de screening pentru cei cu dependenţă sexuală, la fel ca cel disponibil pentru alcoolism;

2) să arate definitiv că dependenţa de sex implică aceleaşi căi cerebrale ca alte dependenţe;

3) să faciliteze compensarea costului tratamentului de către companiile de asigurări de sănătate;

4) să reducă stigmatizarea şi să conducă la tratamente mai prompte şi mai eficiente pentru cei care se luptă cu această tulburare.

Redau câteva răspunsuri ilustrative din interviul cu Alexandra Katehakis, psihoterapeut, fondator şi director clinic al Centrului pentru Sex Sănătos din Los Angeles şi autoarea cărţii despre Inteligenţa Erotică:

Care este diferenţa dintre a avea o dependenţă sexuală şi a fi o persoană căreia doar îi place să facă mult sex?

Alexandra: Una dintre principalele diferenţe este că oamenii care se declară „dependenţi de sex" trăiesc o suferinţă profundă ca urmare a comportamentelor lor sexuale. Deci ceea ce a început fiind distractiv sau folosit ca o modalitate de a-şi scoate

ceva din minte - sau de a face faţă durerii psihice pe care unii oameni ştiu sau nu ştiu că o au - se transformă repede în ceva ca un albatros în jurul gâtului. Aceste persoane vor avea un nivel ridicat de preocupare pentru a obţine experienţa sexuală, astfel încât sexul devine altceva decât dobândirea acelei experienţe (aici vorbim de o formă de miopie). Astfel viaţa se prăbuşeşte, iar oamenii ajung în programul de terapie 12 paşi, ca rezultat al unui astfel de sex, distructiv şi dureros. Ceea ce este diferit de cazul persoanei căreia îi place să facă sex, se bucură de el, se simte senzual, simte că într-un oarecare fel îi defineşte viaţa.

Ai lucrat cu oameni care nu sunt siguri dacă au sau nu o dependenţă de sex? Cum îi ajuţi?

Alexandra: Deci, doar pentru că cineva are o aventură sau se uită la pornografie pe Internet nu îl face dependent de sex, este nevoie de o evaluare foarte minuţioasă pentru fiecare persoană pentru a vedea dacă este adevărat, şi apoi sunt unii oameni care nu preferă acest termen. Pentru mine, nu contează foarte mult cum se numesc oamenii, sunt mai interesată să-i ajut să depăşească dificultăţile în care se află şi să se îndrepte spre o viaţă mai sănătoasă, care să le afirme sexualitatea.

Cum ajuţi dependenţii de sex să găsească o cale de a se vindeca?

Alexandra: Păi, mai întâi, fac o anamneză foarte laborioasă, pentru că de multe ori aceste modele se stabilesc nu numai în copilărie, dar uneori chiar în copilărie, în funcţie de nivelul la care persoana este cronic disfuncţională; ei întotdeauna ajung să caute ceva în afara lor ca să se simtă mai

bine. Uneori, dacă cineva îşi aminteşte sau ştie că mama sa a avut o sarcină foarte dificilă sau a fost îngrijorată sau deprimată la naştere, acest fapt ne spune că probabil nu a putut să se potrivească cu copilul ei încât să-şi scoată la iveală sistemele ei în modul în care sunt menite să fie optime. Deci, dacă e impacientată, copilul ei va fi anxios. Dacă este deprimată, copilul va fi deprimat. Acestea sunt stări care se instalează devreme, unele dintre ele putând fi schimbate, altele nu.

De asemenea, în cazul în care persoana în cauză a suferit abuzuri emoţionale, abuz fizic, abuz sexual ca persoană tânără sau a fost neglijată, atunci va avea multe probleme în autoreglare. Când un copil este lăsat singur sau abuzat, acesta va găsi modalităţi de a face faţă. Este o strategie naturală de adaptare pentru supravieţuire. Deci, fie că este vorba de fantezie sau masturbare compulsivă sau, aşa cum am spus mai devreme, pornografie pe Internet sau chiar compunând poveşti în propria minte, toate aceste lucruri sunt setate pentru a face ca durerea, tristeţea sau singurătatea să dispară.

De multe ori, copiii de genul acesta sunt predispuşi pentru a deveni dependenţi, indiferent dacă devin dependenţi de droguri, alcool, jocuri de noroc sau mâncat compulsiv - este greu de spus de ce oamenii aleg ce comportament să fie compulsiv. Dar atunci când o fac, este util pentru ei să înţeleagă de ce ceea ce fac are sens. Aşadar, mai degrabă decât să ne simţim ruşinaţi sau că suntem răi sau vătămaţi sau răvăşiţi, ne uităm de ce are sens că ei ar face ceea ce fac azi, pentru că au adaptat acest lucru cu mult timp în urmă, pentru a supravieţui. Iar acum îi împiedică să aibă o relaţie sănătoasă sau o viaţă sexuală sănătoasă sau chiar să poată fi într-o relaţie, dacă îşi doresc. Acesta ar fi începutul tratamentului.

Capitolul 4

ROMÂNIA, ÎNCĂ RUŞINEA EUROPEI. CE RISCURI IMPLICĂ LIPSA EDUCAȚIEI SEXUALE ÎN ŞCOLI[3]

Pe 17 noiembrie 2016, un elev este dat dispărut. În aceeaşi zi, un tânăr este văzut cum se aruncă de pe un pod în apele Bistriței. Oamenii refuzau vreo asemuire. Cu tristețe, pe 17 decembrie 2016, familia identifică corpul unicului fiu...sinucis. Presa locală specula încă din zilele tragediei cu privire la motivele gestului care tindeau spre o poveste de amor interzisă, între elev şi profesoara de română. Pe 17 februarie 2017, zvonurile devin realitate, când profesoara este trimisă în arest la domiciliu, după trei zile petrecute după gratii, pentru acuzația de act sexual cu un minor. Anchetatorii, nu presa!, aduc dovezi despre o relație amoroasă şi sexuală consumată pe parcursul a cel puțin 6 luni şi după data la care elevul devine major. Că profesoara era căsătorită cu un preot, mamă a trei copii şi că preda la un seminar teologic sau că elevul, din declarațiile directorului, era cel mai bun elev din clasa a XII-a, cu multe diplome,

[3] Părți din aceste articole au fost scrise şi publicate de autor pe blogurile Adevărul.ro ca răspuns la unele inițiative sociale, evenimente cu impact major din presă.

nu cred că are vreo relevanță. Profesoara este profesoară şi elevul elev, indiferent de tipul şcolii şi caracteristicile sociale. Ba, aflăm că profesoara este însărcinată. Gurile rele speculează altceva. Preotul nu. Au sărit voci în acuzarea şi în apărarea profesoarei. Moise Guran face la radio o emisiune pe tema aceasta. Cele mai multe persoane au găsit-o vinovată pe doamna profesoară. Cel mai uşor şi nedrept este să arunci cu pietre de pe margine, fără să cunoşti detalii, gânduri, dorințe, traume, suferințe sau puțin din adevăr. Ştiri despre acte sexuale cu minori şi violuri apar în presa națională în fiecare săptămână, din toate părțile României şi inclusiv cu români din afara țării.

La Constanța, un individ de 40 de ani solicita eliberarea condiționată după ce a fost condamnat pentru că şi-ar fi violat fiica vitregă, minoră (12 ani). În 15 februarie 2017, în Râmnicu Vâlcea, un bărbat este reținut, cercetat fiind pentru că şi-ar fi violat şi bătut în mod repetat fiica de 15 ani. Oribil! În Petrila, trei tineri violaseră o fetiță de 13 ani (după ce aceasta consumase alcool la o petrecere) şi acum cereau liberarea. La Sibiu, un bărbat este condamnat la 5 ani de închisoare pentru viol. Duminică, o ştire din Sălaj ne prezenta cum un educator, care avea rolul de a îngriji tinerele instituționalizate într-un centru familial, este acuzat de abuz sexual pe parcursul mai multor luni. Un pensionar a violat o copilă de 12 ani şi a fugit din țară. De o mare gravitate rămâne fapta unui recidivist, eliberat condiționat, care sub amenințarea cuțitului violează o femeie cu handicap mintal. Nu există limite!

Tot în aceste zile reapare cazul bine cunoscutului regizor Roman Polanski. La 83 de ani, doreşte să-şi rezolve acuzația de raporturi sexuale cu o

minoră de 13 ani, actele desfăşurându-se în 1977 În America, totuşi, astfel de acte nu se prescriu nici după 40 de ani de la comiterea lor. Întorcându-ne la relaţia dintre profesor şi elev, constat cu invidie cât de importante şi cât de strict sunt respectate codurile etice în şcolile occidentale. Aş ruga acum pe directorul Seminarului Teologic de la Piatra Neamţ dacă ne-ar putea trimite o copie a codului etic al instituţiei pe care o conduce. Aş profita şi aş ruga/invita pe ceilalţi directori de şcoli, licee şi facultăţi din România să ne prezinte codurile etice şi, mai ales, prevederile care reglementează relaţia dintre profesor şi elev, respectiv student.

Mi-a trecut prin faţa ochilor un cod al profesorilor din Columbia (SUA). În nicio situaţie nu este acceptată o relaţie romantică sau sexuală cu elevii. Mai mult, codul de etică condamnă inclusiv relaţiile cu foştii elevi ai şcolii, subliniind impactul pe care îl pot avea asupra percepţiei publice şi asupra carierei profesorului. Dacă relaţia a început cât timp persoana avea statutul de elev, este cu atât mai grav.

Câteva principii în relaţia profesor-elev din acest cod:

1) Luarea în considerare a aspectului şi îmbrăcămintei care pot afecta relaţia profesor-elev;

2) Considerarea implicării pe care o poate avea acceptarea/primirea unor cadouri;

3) Implicarea prin contact fizic doar când acesta are un scop clar definit şi este în beneficiul elevului, având în vedere siguranţa şi starea de bine a elevului;

4) Evitarea relaţiilor multiple cu elevii care pot afecta obiectivitatea şi învăţarea sau bunăstarea elevului, sau pot duce la scăderea eficienţei profesorului;

5) Recunoşterea faptului că nu există nicio circumstanţă care să permită profesorilor să se angajeze în relaţii romantice sau sexuale cu elevii.

Pentru că Internetul are o influenţă considerabilă asupra tinerilor şi profesorilor şi este folosit zilnic multe ore, există câteva atenţionări cu privire la folosirea social-media:

1) Folosirea social-media în mod responsabil, transparent şi, în primul rând, în scopul predării şi învăţării şcolare;

2) Folosirea prudenţei în menţinerea profilurilor virtuale profesionale şi păstrarea vieţii personale şi profesionale în mod separat.

Astfel, un capitol întreg din Codul de Etică este dedicat abaterilor cu privire la comportamentul sexual în afara şcolii sau în şcoală. Codul atrage atenţia asupra unor comportamente sugestive care implică elevii/studenţii în acte cu caracter sexual precum:

a) Conversaţii nepotrivite cu conţinut sexual;

b) Comentarii care exprimă dorinţa de a acţiona într-o manieră sexuală;

c) Atingeri nejustificate şi inadecvate ale elevilor;

d) Exhibiţionism sexual;

e) Corespondenţă personală (inclusiv comunicare online) cu un elev cu privire la sentimentele profesorului faţă de elev;

f) Expunerea intenţionată a elevilor la comportamentul sexual al altora inclusiv afişarea de materiale pornografice;

g) Profesorii trebuie să descurajeze şi să respingă orice avans de natură sexuală iniţiat de elevi;

h) Profesorii nu trebuie să se angajeze în comportamente care ridică o suspiciune rezonabilă că

s-ar angaja sau se vor angaja într-un comportament sexual deviant, sau că standardele aplicate relaţiei profesor-elev au fost încălcate (inclusiv la cei cu vârsta de peste 18 ani - în cazul nostru), inclusiv în afara orelor de şcoală.

Câteva exemple de comportamente care pot ridica suspiciuni cu privire la încălcarea acestor standarde[4]:

1) Flirt;

2) Ieşirea în oraş;

3) Petrecerea de timp îndelungat singur cu elevul fără să implice vreo îndatorire profesională;

4) Exprimarea sentimentelor romantice faţă de un elev, în formă scrisă sau în orice altă formă;

5) Conversaţii pe Internet;

6) Oferirea numărului de telefon personal;

7) Participarea la un eveniment/petrecere privată cu elevii în afara şcolii;

8) Invitarea la cafea, film sau alte evenimente, singuri sau în compania altora;

9) Oferirea de bani şi cadouri.

Câtă atenţie se acordă, de la unele gesturi cu conţinut erotic, la atingeri sau conversaţii cu conţinut sexual sau comunicarea online? Aici sunt primele semne, primii paşi. Şi odată stopate aceste gesturi, nu se ajunge mai departe. Citeam zilele trecute proiectul programei disciplinei de gimnaziu numită „Consiliere şi dezvoltare personală", care iniţial nu conţinea nicio referire la dezvoltarea sexuală, relaţii erotice, îndrăgostire, educaţie pentru sănătate în şcoală. Printr-o împrejurare favorabilă, am fost invitat la dezbaterile grupului de lucru la Institutul de Ştiinţe ale Educaţiei, fapt pentru care sunt recunoscător. Sper ca programa în noul format

[4] Extras din Codul de practică profesională al profesorului, Canbera, Australia, 2006 - p. 44.

să conţină şi aceste aspecte esenţiale pentru dezvoltarea psihosexuală şi psihoemoţională a elevului.

În instituţiile de educaţie serioase din Occident, de la gimnaziu la facultate, există centre de consiliere, consilieri şcolari, psihologi în facultăţi, centre de consiliere pentru studenţi şi profesori, în adevăratul sens al cuvântului. Există momente vulnerabile şi pentru elevi şi pentru profesori.

Dintr-o perspectivă obiectivă, ce efect ar fi avut dacă elevul cunoştea rolul psihologului la liceu şi s-ar fi îndreptat spre cabinetul acestuia arătându-şi îngrijorările, temerile, dorinţele, pasiunile interzise, fiind asigurat de confidenţialitatea profesională, de încrederea psihologului şi că acesta nu-l va judeca şi condamna cum ar putea face preoţii duhovnici din mediul său? Speculez că relaţia dintre elev şi profesoară nu a fost una pur angelică: gânduri, angoase, regrete, frământări, mai ales că nu atât vârsta, diferenţele, statutul fiecăruia, presiunea şi interdicţiile mediului religios. Vă daţi seama că este puţin probabil ca această relaţie să se fi desfăşurat într-o discreţie totală, că au existat ochi care au văzut şi guri care au ponegrit. Lumea lor nu era atât de mare. Oare nu ar fi avut o reală eficienţă colaborarea cu psihologul?

Avem o şcoală slabă şi pentru că avem profesori slabi.

Mai am o observaţie. Sunt de părere că în România prea uşor orice persoană ajunge să predea. Nu există o rigoare la capitolul abilităţi, calităţi personale, moralitate şi conduită etică. Tot ce contează în învăţământul preuniversitar, de pildă, este să treci un examen naţional scris (titularizare) şi să predai câteva ore disciplina pentru care te-ai pregătit. Te întreabă cineva în cadrul unui interviu profesional despre vocaţie, devotament, parcurs

profesional, valori morale, conduită exemplară, abateri disciplinare? Nu interesează pe cineva dacă poţi fi un model pentru sutele de elevi în faţa cărora te vei prezenta? Îţi oferă cineva un cod de etică de 50-100 de pagini pe care să-l citeşti, să-l semnezi şi să ţi-l asumi? Se ocupă vreun director de şcoală de formarea profesională şi consilierea psihologică a profesorilor din acea şcoală? Aţi auzit de vreun caz în care profesorii, trecând prin perioade de stres, vulnerabilitate, depresie, au fost îndrumaţi spre servicii specializate de consiliere şi psihoterapie? Puteţi număra câte inspectorate şcolare sau universităţi au în structura lor un departament/serviciu/birou de consiliere psihologică pentru cadrele didactice? Că doar, cât poţi să rezişti să predai zi de zi la sute de elevi, ani şi ani? Cât de mare să fie această rezistenţă? Profesorul nu doar predă, ci şi educă, nu livrează informaţii precum Google, ci formează şi, mai frumos spus, inspiră. Modele, nu? Cu toate acestea, notele extrem de mici de la titularizare relevă o altă realitate: slaba pregătire de specialitate a celor care au pe mână destinul educaţional a sute de elevi. Chiar putem permite oricui să ne educe copiii?

În România, orice individ care face un exerciţiu de memorie câteva săptămâni, învăţând programa unei discipline, şi care dobândeşte câteva minime abilităţi de predare a câtorva ore la inspecţie poate deveni profesor. Prea multă formare nu se obţine nici la masteratele de tip modul pedagogic. Caracterul nu se formează prin cursuri! Ce să mai vorbim de abilităţi şi calităţi personale, de principii, etică etc. Cunoaştem că în ţara noastră mulţi dintre absolvenţii de studii superioare aleg învăţământul pentru că nu şi-au găsit un loc de muncă altundeva, în domeniul lor.

Prostituţie, sarcini nedorite la adolescente, agresiuni sexuale, violuri!

Lipsa educaţiei în şcoli are şi alte efecte asupra societăţii. În primul rând, întăreşte discriminarea de gen care are rol în conturarea superiorităţii bărbatului în cultura română. România este un stat unde practica prostituţiei se regăseşte la fiecare colţ de ţară şi, mai grav, romăncele, unele minore, sunt exploatate şi trimise în afara ţării. Astfel s-a ajuns ca romăncele să fie victimele cele mai numeroase ale traficului de fiinţe umane în Euopa. În mod oficial, Consiliul Europei ne avertiza că, în perioada 2011-2015, numărul total de victime identificate ale traficului de fiinţe umane - conform unui raport GRETA publicat în 2016 - a fost de 4.622. Forma predominantă de exploatare a victimelor în perioada de raportare a fost cea de tip sexual (54% dintre victime), după exploatarea prin muncă (34%) şi cerşetoria forţată (6%).

Situaţia nu s-a schimbat deloc în bine în ultimii 10-15 ani. Îmi amintesc că eram la Roma, în 2008, la o un congres european de sexologie, cu sute de medici şi psihologi participanţi. Când tematica sexualităţii a abordat problematica prostituţiei şi a infecţiilor cu transmitere sexuală, a violenţelor sexuale şi traficului de persoane, am văzut că în studiile prezentate de psihologi, în peste 90% din cazurile discutate era vorba despre romănce şi moldovence. De ruşine, nu ştiam unde să fug. Mi-am luat insigna de la gât şi am ascuns-o în buzunarul de la cămaşă, ca nu cumva cineva să mă întrebe de unde vin. Auzind afirmaţia înaltului oficial european, mi-am dat seama cât de ineficiente sunt instituţiile noastre, încât am rămas tot de ruşinea Europei atâţia ani şi tot cu cifre ridicate în ceea ce

priveşte victimele în suferinţă, vieţile traumatizate şi vieţile pierdute prin crimă. Problema traficului de fiinţe umane este prea importantă pentru a fi responsabilă doar Poliţia. Bunăoară, preventiv, băncile din Olanda îşi scanează clienţii pentru că nu doresc ca printre aceştia să existe persoane care finanţează traficul de fiinţe umane. Serviciile de securitate antitrafic colaborează cu operatorii de Internet pentru a proteja copiii de a fi racolaţi în mediile virtuale.

Prostituţia nu este cea mai veche meserie, este stare de victimă

În Suedia, infracţiunea de prostituţie nu o comite victima, ci cel care apelează la aceste servicii. El este cel care suportă consecinţele legii. Victimele nu pot fi în ilegalitate, pentru simplul motiv că sunt victime. Mai mult, dacă este vorba de coerciţie sau înşelăciune, acordul victimei este irelevant. Victimele nu cer ajutor, sunt dificil de identificat, uneori fizic nu arată după cum ne-am aştepta şi nu au puterea de a scăpa de controlul reţelelor de crimă organizată. După ce suferă luni şi ani la rând abuzuri fizice, teroare, cine mai are puterea să strige după ajutor?

Traficul de persoane în România este un fenomen social şi criminal. Nu o spunem noi, o spun alţii. România este în primul rând o ţară de origine pentru victimele traficului, ţinând cont de vulnerabilitatea crescută a populaţiei aflate în căutarea unor oportunităţi mai bune de trai. Cererea de servicii sexuale din partea consumatorilor de astfel de servicii, de asemenea creşterea numărului angajatorilor care au căutat un loc de muncă ieftin, în baza unui contract în afara sau sub limitele cerinţelor legale, a încurajat „piaţa" aprovizionării cu victime din ţările europene, vulnerabile din cauza unor con-

diţii rudimentare de viaţă sau unor atitudini şi prejudecăţi care le-au pus în situaţii extrem de periculoase precum cerşetoria şi furturile.

În România, poliţistul care amendează victima nu recunoaşte o victimă sau o face pentru că nu ştie altceva sau poate, din păcate, pentru că nu înţelege fenomenul şi judecă victima. Dar el are obligaţia de a o transfera către alte servicii pentru a fi salvată, ajutată, consiliată juridic, psihoterapeutic, nu să o amendeze. Mai grav este când auzim de cazuri în care poliţiştii devin complici, cunoscând foarte bine reţelele de crimă organizată, clanurile şi care deseori, din frică sau complicitate, nu iau atitudine. Din păcate capii acestor reţele, chiar şi după ce sunt identificaţi, învaţă din greşeli şi se adaptează, se reorganizează în alte reţele. Se pare că, vorba unui procuror din România, una dintre metodele eficiente este confiscarea veniturilor uriaşe.

Ce urmează după salvarea victimelor este cea mai mare provocare. Cum să salvezi pe cineva de el însuşi? Cum să tratezi, să reabilitezi suflete care ani de zile au fost supuse unor abuzuri fizice, sexuale, psihice, unor violenţe domestice continue, unor tratamente inumane, cărora le este frică să mai iasă pe stradă?

Din păcate, capacitatea statului de a ajuta victimele este limitată şi fără prea multe rezultate. Agenţia Naţională Împotriva Traficului de Persoane (ANÎTP) se plângea că nu are suficiente resurse, suficient personal şi nici măcar vreo relaţie de colaborare sau sprijin din partea presei. A, da, şi nici un post de responsabil cu presa/comunicarea. Astfel că tot în sarcina unor ONG-uri implicate activ, cu finanţare internaţională, a căzut responsabilitatea de a sprijini victimele şi familiile lor.

Copiii sunt o categorie vulnerabilă, persoanele cu statut social şi educaţional scăzute de asemenea,

iar cei care locuiesc în mediul rural sunt o altă țintă pentru infractori. Poate ar merita mai multe articole dedicate fenomenului „loverboy" Nu doar copiii care practică cerşetoria sunt victime ci şi cei care rămân acasă.

Răpite, violate, exploatate

În Italia (Ragusa, Sicilia), în luna martie a acestui an, nu un cotidian din România, ci The Guardian atrăgea atenția cum mii de lucrători agricoli, în special femei române, suportă abuzuri îngrozitoare, fiind răpite, bătute şi exploatate. Când au zis mii, nu au exagerat.

Procurorul Valentina Botti, care anchetează de câteva luni acuzațiile de abuz sexual şi de exploatare a muncii împotriva fermierilor, declara că abuzarea femeilor din România este un „fenomen uriaş" Unele estimări vorbesc de o cifră de 7.500 de persoane (dintre care 5.000 din România), victime care lucrează 12 h/zi la temperaturi de 50 de grade Celsius, în sere şi locuiesc în barăci, fără contracte de muncă, fără a fi înregistrate legal.

„Răpirea, abuzul sexual şi ținerea persoanelor în sclavie sunt trei crime majore, pe care le-am detaliat în investigațiile noastre până în prezent", declara procuroarea.

„Vorbim despre mii de femei române ca potențiale victime ale abuzurilor grave. Foarte puține femei ne raportează poveştile lor. Cele mai multe acceptă abuzul ca jertfă personală pe care trebuie să o facă dacă vor să îşi păstreze slujbele. Implicația pierderii muncii este pentru multe dintre ele devastatoare."

Cu alte cuvinte, există mii de persoane despre care nu se discută niciodată şi care au o viață infernală. Însă fenomenul atrage un întreg lanț de alte

consecințe nefaste. Multe dintre victimele exploatării prin muncă devin și sclave sexuale pentru patroni. 19% dintre întreruperile de sarcină din Ragusa sunt ale romăncelor. Mai mult, cazurile de copii români născuți în urma unor violuri și abandonați în maternități reprezintă un alt fenomen. Dacă cineva îndrăznește să se revolte, familiile din România sunt amenințate. Ce este foarte grav este că în cadrul acestor rețele de crimă organizată există români care exploatează alți români. Scopul lor este evident: obținerea unor venituri de ordinul milioanelor de euro.

Un simplu calcul matematic asupra prostituției în Marea Britanie: Într-o zi de lucru de 10 ore, o prostituată încasează aproximativ 1.000 de lire, ceea ce ar însemna cel puțin 20.000 de lire într-o lună (de fapt, în 20 de zile). Dacă rețeaua deține un minim de 50 de femei, venitul pentru capul rețelei, pe lună, ar fi undeva la 1.000.000 de lire. Unde se duc toți aceşti bani? În cazul cerşetoriei, din datele oferite de poliția din UK, au fost identificate rețele cu câte 200 de copii care produceau venituri de 16 milioane de lire anual.

40 de copii se sinucid anual

Conform unor estimări, în anul 2015, 40 de copii ai căror părinți trăiau în străinătate s-au sinucis. Cifre despre care nimeni nu vorbeşte. Mamele care se întorc acasă, după ani de absență și fără posibilități de reintegrare suferă depresii. Alte victime. Cine își asumă responsabilitatea?

Israelul a câştigat lupta împotriva prostituției

În 2017, o doamnă procuror din Israel, prezentă la Bucureşti la o conferință despre traficul de persoane, a avut un discurs de psiholog, adică plin de înțelepciune, compasiune și umanitate:

„Abuzatorul nu are nicio permisiune de a practica sclavia, chiar dacă în mod inconştient, eronat, lipsită de libertate, victima îşi dă acordul. Victimele, indiferent cine şi de unde sunt, nu pot fi responsabile, nici învinovăţite"

Începând cu anii 2000, când statul Israel a început să se confrunte cu maladia traficului de fiinţe umane, măsurile multiple, inclusiv legislative, nu au întârziat să îşi dovedească eficienţa. O primă lege a fost adoptată în 2006. Aceasta aborda integrativ problematica, cu accent pe colaborarea între stat şi ONG-uri. Dacă, în 2003, poliţia a estimat un număr de 3000 de victime ale prostituţiei, în 2005 erau câteva sute, pentru ca în 2010, poliţia din Israel să nu raporteze niciun caz de prostituţie. Deci, se poate!

Ce-l opreşte pe un politician să iniţieze o lege?

Încă nu avem răspunsuri. Silvia Tăbuşcă a adunat la Bucureşti, pentru a patra oară, specialişti din diverse ţări şi a obţinut sprijinul Ambasadelor Republicii Federale Germania, Regatului Ţărilor de Jos, Regatului Unit, Suediei, Israelului şi Statelor Unite la Bucureşti şi finanţare integrală de la Fundaţia Friedrich Ebert din România. Dom'le, să vină alţii, străini, să-ţi ţină lecţii de umanitate şi de acţiune anticriminală!

Poate discursurile cu cel mai mare impact au fost cele ale procurorilor invitaţi şi anume: Dalia Avramoff, procuror din Tel Aviv, Alina Albu, procuror şef al Departamentului pentru Combaterea Crimei Organizate în cadrul DIICOT şi Thomas Ahlstrand, procuror şef-adjunct al Biroului Procuraturii Internaţionale din Gothenburg (Suedia). Reprezentanţi ai ONG-urilor din Italia şi Ţările nordice

şi-au prezentat eforturile în apărarea drepturilor omului şi sprijinirea victimelor. Ce mi s-a părut interesat: un fost poliţist britanic, cu o carieră de 31 de ani, a devenit unul dintre experţii internaţionali în combaterea traficului de fiinţe umane. Britanic, zic.

Când GRETA, Grupul de experţi din partea Consiliului Europei, responsabil pentru monitorizarea implementării convenţiei acţiunii împotriva traficului de fiinţe umane a vizitat România, aceştia au trasat câteva măsuri urgente, printre care:

1) Instruirea inspectorilor de muncă, a ofiţerilor care aplică legea, a procurorilor şi a judecătorilor despre traficul de fiinţe umane în scopul exploatării prin muncă şi despre drepturile victimelor;

2) Consolidarea monitorizării agenţiilor de recrutare şi de muncă temporară;

3) Sensibilizarea şi instruirea profesioniştilor în domeniul protecţiei copilului din întreaga ţară, sensibilizarea copiilor prin educaţie şi acordarea unei atenţii deosebite pentru comunităţile de romi şi copiilor migranţi, având în vedere numărul victimelor copii şi din zonele rurale;

4) Măsuri de asistenţă şi protecţie pentru orice persoană identificată ca presupusă victimă a traficului şi permiterea victimelor traficului să-şi exercite dreptul la despăgubiri.

Cum recunoaştem un pedofil?

Cea mai des întâlnită întrebare pe care o primesc este cea cu privire la profilul pedofilului. Cum ne dăm seama? Cum arată? Cum se îmbracă? Cum îl identificăm, ca să ne ferim de el? Răspunsul corect este că nu există doi pedofili identici şi că nu avem un profil unic, simplu de înţeles. În orice

caz, nu ne referim la o persoană prost îmbrăcată, fără educaţie, care te sperie când o întâlneşti, care trăieşte pe străzi şi comite abuzuri doar pe timpul nopţii. În primul rând vorbim de o persoană cu un comportament sexual deviant. Pedofilii sunt diferiţi de violatori. Ei percep relaţia sexuală ca reciprocă şi acceptabilă.

Pedofilii au o raţionalizare riguroasă a comportamentului lor, nu consideră că au provocat suferinţă copiilor, ceea ce este extrem de grav, inclusiv în terapia lor. Clinic, pentru că vorbim de experienţe recurente de excitare sexuală intensă, fantezii, dorinţe sexuale sau comportamente care implică activitatea sexuală cu un copil sau copii prepuberi, terapia este de lungă durată. Riscul recidivei este extrem de ridicat, poate cel mai ridicat. Pedofilii diminuează mult sau neagă numărul victimelor, prezintă idei şi credinţe distorsionate, cred că nu vor fi prinşi, au o lipsă de empatie şi sunt consumatori de pornografie.

Pedofilii, când agresează, au un sentiment de atenuare a anxietăţii, singurătăţii şi depresiei, în schimb violatorii agresează ca urmare a furiei, ostilităţii şi răzbunării şi consideră că victima este vinovată.

Ce semne specifice prezintă un copil abuzat?

Un copil care a fost supus unui abuz sexual se retrage în sine, evită să rămână singur cu oamenii (chiar rude sau prieteni), în funcţie de vârstă are un comportament sexual exhibiţionist sau un limbaj sexual (foloseşte cuvinte adulte pentru părţile corpului), comportament sexual activ la o vârstă precoce, coşmaruri, apetit alimentar scăzut sau ridicat, modificări ale dispoziţiei, poate simţi frică, nesiguranţă, îşi provoacă singur răni, are enurezis, semne

fizice, cum ar fi vânătăi în jurul organelor genitale sau dureri inexplicabile. Uneori, semnele rămân ascunse ani la rând şi părinţii nu-şi pot da seama, iar de teamă şi ruşine copiii nu au puterea de a le spune părinţilor.

Efectele abuzului sexual

Legea 272/2004 privind protecţia şi promovarea drepturilor copilului, republicată în 2014, în articolul 94 face referire la abuzul emoţional, psihologic şi sexual. Astfel, conform legii, prin abuz asupra copilului se înţelege *orice acţiune voluntară a unei persoane care se află într-o relaţie de răspundere, încredere sau de autoritate faţă de acesta, prin care sunt periclitate viaţa, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului, şi se clasifică drept abuz fizic, emoţional, pishologic, sexual şi economic.*

Ce nu scrie în legea noastră dar alte documente internaţionale de protecţie a copiilor menţionează: abuz sexual poate însemna şi *activităţi care pot să nu includă un contact, precum implicarea copiilor să privească imagini sexuale, implicarea copiilor în producerea de imagini sexuale şi încurajarea să se comporte într-o manieră sexuală nepotrivită* (BBC Child Protection Policy, 2016).

Printre efectele pe termen lung se numără depresia, sentimentele de vinovăţie, ruşinea, autoblamarea, tulburările de alimentaţie, tulburările somatice, tulburările de somn, anxietatea, tulburările sexuale şi, mai ales, dificultatea de a dezvolta relaţii intime. Predomină, de asemenea, ideile suicidare. O persoană care a trecut printr-un abuz sexual, conform unor cercetări, are un risc de 25 de ori mai mare de a abuza de alcool şi de droguri. Din cauza ruşinii, a sentimentelor de vinovăţie, dar

şi din cauza stigmei sociale, în SUA se estimează că doar 32% din abuzurile sexuale ajung să fie denunțate la poliție. Şi prea puțini dintre agresorii sexuali ajung să fie condamnați şi să execute ani de pedeapsă. În România, datele sunt extrem de puține şi ceea ce ajunge ca plângere la Poliție nu reprezintă realitatea.

Soluțiile? Ce pot face părinții?

În mod clar, vorbim de soluții multiple. Părinții au obligația de a asigura protecția şi de a ocroti sănătatea fizică şi emoțională a copiilor şi de a nu-i lăsa nesupravegheați, de a cunoaşte unde sunt şi ce fac. Copiii capătă uşor încredere în străini şi pot fi uşor ademeniți. Părinții au nevoie să fie educați cum să recunoască semnele abuzului sexual şi mai ales cum să prevină situațiile de risc. O relație puternic afectivă între părinte şi copil determină copilul să fie deschis şi comunicativ cu părintele său.

Spre exemplu, un copil de 4-6 ani nu ar trebui nicio clipă să rămână singur şi nesupravegheat, nici pe stradă, nici la grădinița unde este însoțit, nici în lift, fiind în permanență sub supravegherea unui adult responsabil. Au fost situații când copiii au frecventat unele cluburi vocaționale, fie sportive sau artistice, şi acolo, la nivel individual, au intrat în contact, într-o relație de încredere, cu un profesor, educator, instructor sau antrenor care mai târziu i-a abuzat. În taberele de vară au existat cazurile unor medici pedofili, iar în alte situații au fost vecinii care se ofereau să îi supravegheze cât timp părinții erau plecați la cumpărături.

Lăsarea în grija unui adult, oricine ar fi acela, trebuie făcută cu mare grijă şi într-un mod responsabil, verificabil. Ce este mai grav, sunt situaţiile extrem de dificil de prevenit când rudele apropiate sau chiar părinţii îşi abuzează copiii. Părinţii, însă, au obligaţia de a învăţa copilul despre importanţa propriului corp şi despre părţile intime şi private pe care nimeni nu are voie să le vadă, să le atingă sau, invers, să i se solicite să atingă zonele intime ale unui adult. Nu este suficientă o simplă informare, discuţiile vor fi eficiente dacă se vor relua. Există nişte limite şi copilul trebuie să le cunoască. De fapt, părţile intime trebuie să fie numite aşa cum sunt ele. Dacă părinţii folosesc cuvinte confecţionate îi vor determina pe copii să creadă că există ceva ciudat sau ruşinos în ceea ce priveşte corpul lor şi vor fi şi mai reticenţi în a spune dacă cineva i-a atins. Despre părţile intime ca fiind ruşinoase, murdare sau chiar păcat avem o întreagă practică în cultura română. Să ne ruşinăm de firesc, să negăm de fapt orice formă de sexualitate. Ginecologii ne pot da mărturie despre necunoaşterea propriului corp, despre jena unor pacienţi de a vorbi deschis despre ceea ce este natural şi uman.

Esenţial este altceva: cu cât relaţia de încredere şi ataşamentul părinte-copil sunt mai puternice şi mai profunde, cu atât copilul va avea curaj să îi spună părintelui despre orice comportament nepotrivit, care l-a deranjat, inclusiv dacă au fost implicaţi străini.

În sens contrar, un părinte care îşi critică permanent copilul, care nu îi oferă încredere, care nu îl încurajează, nu îi iartă greşelile şi nu îi ascultă supărările, nu va afla de la acel copil dacă a fost abuzat, tocmai de frica de a nu fi certat şi pedep-

sit, bătut pentru că va fi considerat el cel vinovat *(tu eşti de vină, eşti un prost, de ce l-ai lăsat, de ce nu mi-ai zis până acum, nu am ce să-ţi fac, meriţi asta pentru că niciodată nu m-ai ascultat.)*.

Încrederea necesită timp şi răbdare. Ea se construieşte zi de zi, an de an, se exersează şi este provocată în întâmplări reale din viaţă, în special în momentele critice, în acele momente când copilul are mai multă nevoie de iubirea şi grija părinţilor, nu să fie mustrat şi acuzat. Să ai timp să vorbeşti cu copilul tău, să ai discuţii individuale, separate, în momentele de apropiere emoţională, seara înainte de somn, la masă sau când vă jucaţi împreună. Părinţii sunt încurajaţi să cunoască activităţile, preocupările, petrecerea timpului liber şi grupul de prieteni al copilului. Să întrebe interesat şi nu doar superficial.

Întreabă copilul despre secrete. Abuzatorii de obicei spun copilului mic că ceea ce s-a întâmplat este secret, este secretul lor şi nimeni, nici măcar părinţii nu trebuie să îl ştie. Dacă părintele va afla, relaţia dintre ei se va termina şi de fapt el, copilul, va fi responsabil şi învinovăţit. Să întrebi copilul dacă are secrete: *„ţi-a spus cineva ceva să nu-mi spui mie? Poate fi oricine! Când s-a întâmplat?"* Uneori copilul se poate ruşina, poate evita întrebările directe sau poate reacţiona prin răzvrătire.

Ascultă ceea ce zice copilul. Ascultă şi când ţi se pare că nu spune adevărul. Personal, cel mai greu mi-a fost să înţeleg când o fetiţă i-a spus în repetate rânduri bunicii că nu mai doreşte să rămână în weekend la tătăl ei, divorţat, pentru că o atinge. Neîncrederea bunicii a durat câteva săptămâni, până când s-a dovedit că tatăl chiar îşi abuza propria fiică de nici 11 ani. Dacă suntem suspicioşi punem solicita sprijinul experţilor, putem aduce îngrijorarea noastră la lumină pentru a ne asigura

că nimic grav nu s-a întâmplat. Copiii spun minciuni, dar spun şi adevărul. Copiii pot manipula, dar pot fi şi sinceri. Şi când este vorba de o suferinţă, copiii sunt doar sinceri. Dă-le crezare cuvintelor copilului, fricilor lui, obsesiilor lui, ruşinii lui, confuziei etc. Obişnuieşte-te, ca părinte, să asculţi mai mult decât să vorbeşti, să înţelegi mai mult decât să critici, să pui întrebări suplimentare, întrebări indirecte, de susţinere. Fii un bun ascultător şi nu un profesor care le ştie pe toate. Fii atent la fiecare cuvânt şi gest al copilului *(i-am zis mamei, dar nu m-a crezut, pentru că nu mă crede niciodată.)*. Din când în când este indicat să întrebi:

Există ceva ce te îngrijorează, ce te frământă, ce ţi-e greu să-mi spui şi despre care ar trebui să ştiu? Şi cel mai frumos lucru este asigurarea că orice ar face este iertat şi iubit. Cum ar suna: *Dragul meu, chiar dacă ai făcut o greşeală care ţi se pare cea mai mare greşeală din lume, să ştii că noi te iubim la fel de mult şi te vom ajuta. Spune-mi dacă cineva ţi-a făcut rău, te-a făcut să suferi, să te simţi incomod, chiar dacă acea persoană este cineva cunoscut, pe care noi o respectăm. Trebuie să fii mereu în siguranţă.*

Recomandarea mea pentru părinţi este să lucreze la această relaţie emoţională sănătoasă care este baza dezvoltării unui copil echilibrat psihoemoţional.

Reacţia comunităţii

Comunitatea tace şi nu-i pasă. Experimente sociale cu abuzatori pe stradă când nimeni nu intervine sunt pretutindeni, şi în alte ţări. Din păcate, prea multe cazuri grave nu sunt cunoscute şi rămân fără rezolvare. Sunt victime care spun doar apropiaţilor şi sunt prieteni care nu încurajează sesizarea organelor competente. Mai grav, abuzurile sexuale au loc uneori chiar în cadrul relaţiilor de cuplu.

Eficienţa instituţiilor

Lipsa pedepselor şi sancţiunilor este un factor care încurajează abuzurile sexuale. Au fost prinşi şi eliberaţi. Lipsă de probe. S-a prescris. Însă Roman Polański a fost arestat în 2009, în Elveţia, pentru fapte sexuale care au avut loc în 1977.

Şi încă ceva.

Introducerea educaţiei sexuale obligatorii în şcoli

Trebuie să ne pregătim copiii pentru lume aşa cum este ea, nu aşa cum am vrea să fie *(Maria Miller).*

Cele mai eficiente măsuri sunt cele pe termen lung. Un copil trebuie să înveţe despre respectul pentru propriul corp, să înveţe cum să se protejeze, să refuze orice formă de agresiune, atingere nepermisă, să anunţe orice indicii de risc. Şi şcoala poate să facă ceva. Sarcina părinţilor este prea grea. România este una dintre ţările care nu-şi educă copiii cu privire la sănătatea vieţii sexuale. Suedia este prima ţară europeană care a introdus educaţia sexuală încă din 1942 şi lecţii de educaţie sexuală au fost susţinute prin intermediul radioului inclusiv în 1954. Concomitent au fost create pentru tineri centre care să asigure servicii de prevenire a sarcinilor nedorite şi să promoveze sănătatea sexuală. În prezent sunt peste 240 de centre pentru tineri. În Spania, deşi subiecte de educaţie sexuală au fost introduse încă din anii 1970, abia în anul 1981 guvernul a propus o programă holistică de educaţie sexuală care cuprindea etapa preşcolară şi până la liceu.

O cercetare din 2012, condusă de psihologul dr. Cornelia Rada de la Academia Română, ne arată limpede câteva aspecte extrem de îngrijorătoare pentru sănătatea populației tinere:

1) Doar 10% din informațiile despre sănătatea sexuală au fost primite la şcoală, sau de la cabinetele medicilor şi aceasta s-a întâmplat după vârsta de 14 ani.

2) Doar 4,2% dintre ei au declarat că au discutat cu părinții despre toate aspectele legate de sexualitate.

Ce înțelegem din aceste date:

1) Tinerii români nu primesc nicio informație despre sexualitatea umană până la 14 ani.

2) Mai târziu, dacă primesc, doar 10% din informații vin din surse sigure şi credibile precum şcoală şi doctori. Restul de 90%? Păi, tot din cercetare aflăm că cei mai mulți s-au informat de la „prieteni şi cunoştințe"

3) Ce este mai dureros este că nici cu părinții nu discută. 74% au relatat că nu au discutat cu părinții deloc despre sănătatea sexuală. Aceeaşi cercetare ne indică şi câteva riscuri! Riscul abuzului sexual, riscul începerii vieții sexuale înainte de încheierea pubertății este corelat cu cancerul de sân, infertilitatea, infecțiile cu transmitere sexuală, HIV, număr mare de parteneri, nefolosirea prezervativului şi implicarea în alte comportamente de risc precum consumul de alcool şi droguri. Dacă şcoala are şi rol de a promova sănătatea, sănătatea sexuală este o componentă esențială a sănătății în general.

Tratamentul pedofililor

Infracțiunile sexuale reprezintă o problemă socială gravă, o problemă de sănătate publică, o provocare majoră pentru politica socială, şi de ce nu,

o problemă politică. Reacţiile agresive ale politicienilor nu aduc nicio schimbare inteligentă. Studiile privind victimele indică niveluri ridicate de incidenţă şi prevalenţă şi se acceptă faptul că există o proporţie ridicată de victimizare sexuală ascunsă. Sondajele au raportat niveluri ridicate de morbiditate psihiatrică la supravieţuitorii infracţiunilor sexuale.

România nu are un model de practică în ceea ce priveşte tratamentul persoanelor acuzate şi condamnate pentru pedofilie pentru că nu există un tratament. Să explicăm. În penitenciare, unde majoritatea infractorilor ajunge, din nefericire nu se face psihoterapie individuală, chiar dacă unii dintre psihologii din penitenciare au dobândit o formare în psihoterapie. Nu există nici cadru, nici practică, nici eficienţă. Statisticile oficiale ale Administraţiei Naţionale a Penitenciarelor ne arată că recidiva este foarte mare în cazul persoanelor care au comis infracţiuni de natură sexuală. Programele de grup pentru infractorii sexuali au o oarecare valoare terapeutică, însă şi aici există un grad scăzut de eficienţă datorită modului de organizare. Ce-i drept, citim în presă că la câteva zile de la liberare fostul infractor a comis o altă faptă penală de natură sexuală.

În Statele din America legislaţia implică o monitorizare a pedofilului ani de zile, fie este supravegheat prin brăţări care arată unde se găseşte, având, de exemplu, interdicţia de a se apropia la câteva sute de metri de o şcoală sau o grădiniţă, fie sunt plasaţi într-o zonă de locuinţe protejate. Cât despre terapia farmacologică, în România, nici vorbă.

Nu îmi revine decât să iau exemplul altor state. Tot în America, tratamentele biologice ale infracto-

rilor sexuali au inclus medicamente antilibidou, care cuprind medicamente hormonale care au efect de supresie a testosteronului şi medicamente care nu afectează hormonii, care afectează libidoul prin alte mecanisme. Cele trei clase principale de medicamente suprimatoare de testosteron, în uz curent, sunt: progestogene, antiandrogene şi analogi ai hormonului care eliberează gonadotropină (GnRH). Medicamentele care afectează libidoul prin alte mijloace includ antipsihotice şi antidepresive serotoninergice (SSRI) (Khan et al, 2015).

Diferiţi agenţi farmacologici precum ar fi agoniştii hormonului de eliberare a hormonului luteinizant (LHRH) sunt utilizaţi deja în tratamentul tulburărilor parafilice la delincvenţii sexuali. O cercetare recentă a căutat să adune şi a identificat 24 de studii eligibile care au inclus 256 de pacienţi. Există dovezi tot mai bune că agoniştii LHRH sunt mai eficienţi decât antiandrogenii steroidieni în scăderea gândurilor şi comportamentelor sexuale parafile.

Concluziile acestei metaanalize au fost că agoniştii LHRH sunt un tratament util atunci când sunt combinaţi cu psihoterapia la pacienţii cu tulburare parafilică şi cu cel mai mare risc de infectare sexuală. Cu toate acestea, pe parcursul tratamentului este necesară monitorizarea strictă a efectelor secundare, iar preocupările etice trebuie să fie luate în considerare. Autorii au fost sinceri şi au menţionat posibilele efecte secundare care apar cel mai frecvent şi anume: oboseala, starea depresivă, creşterea în greutate, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, pierderea funcţiei erectile şi pierderea densităţii minerale osoase (Turner şi Briken, 2018).

Iubire pasională şi dorinţă sexuală[5]

Iubirea pasională este la fel de veche ca omenirea. Iubirea sumeriană dintre Inanna şi Dumuzi apare în poveştile triburilor cu 2000 de ani înainte de Hristos (Workstein, 1991).

Începând cu anii 1960, cercetători aparţinând diferitelor domenii, folosind o gamă impresionantă de tehnici au încercat să dezvăluie misterele iubirii. Etologii au studiat primatele în sălbăticie. Istoricii au analizat date demografice, arhitectura, manualele medicale, edictele bisericeşti, dosarele juridice, versurile melodiilor şi jurnale. În ultimul deceniu, neurologii au început să investigheze biochimia şi activitatea creierului celor care se bucură de plăcerile sau suferinţa iubirii. În acest capitol, vom discuta pe scurt despre informaţiile pe care oamenii de ştiinţă le-au acumulat despre acest fenomen imprecis.

Ce este dragostea romantică / pasională?

Dragostea a primit multe definiţii, dar este clar că este vorba de o stare emoţională complexă care implică componente chimice, cognitive, recompensatoare şi orientate spre scopuri comportamentale. Aici noi vom defini dragostea pasională ca o stare de dorinţă intensă de unire cu celălalt. Un întreg complex funcţional, inclusiv evaluări sau aprecieri, sentimente subiective, expresii, procese fiziologice modelate, tendinţe de acţiune şi comportamente instrumentale. Dragostea reciprocă (uniune cu celălalt) este asociată cu împlinirea şi extazul; în schimb

[5] Articol tradus în limba română în onoarea, la sugestia şi cu acordul autoarei - dr. Hatfield. Cacioppo S. O., Hatfield E. (submitted). Passionate love and sexual desire. In: P. Whelehan & A. Bolin (Eds.) Encyclopedia of Human Behavior. Wiley-Blackwell.

iubirea necorespunzătoare (separarea) este asociată cu golul, anxietatea sau disperarea.

Abordări culturale şi antropologice. E adevărat, culturile de multe ori diferă în atitudinea lor faţă de dragostea pasională, sensurile pe care i le atribuie şi dacă consideră dragostea o condiţie prealabilă pentru căsătorie. Cu toate acestea, majoritatea cercetătorilor din domeniul culturii şi antropologiei susţin că dragostea pasională este o experienţă universală, care transcende cultura şi timpul.

În familiile indienilor din sudul Tamilului, de exemplu, despre o persoană care se îndrăgosteşte se spune că suferă de ameţeli, confuzie, intoxicare şi iluzie. Speranţele sălbatice şi disperarea iubirii se consideră că aduc tulburare. Antropologii sociali au explorat concepţiile populare despre dragoste în culturi atât de diverse precum Republica Populară China, Indonezia, Turcia, Nigeria, Trinidad, Maroc, Fulberea din Camerunul de Nord, Mangrovele (o comunitate australiană aborigenă), Mangaia în Insulele Cook, Palau în Micronezia şi Taita din Kenya. În toate aceste studii, concepţiile oamenilor despre iubirea pasională par să fie surprinzător de asemănătoare.

Cercetătorii sexualităţii folosesc adesea termenii „dragoste pasională" şi „dorinţă sexuală" aproape interschimbabil. Acest lucru nu este surprinzător dat fiind faptul că iubirea pasională este definită ca o „dorinţă de unire", în timp ce dorinţa sexuală este deseori definită ca o „dorinţă pentru uniunea sexuală" Deşi aceste două fenomene sunt într-adevăr adesea experimentate împreună, recentele dovezi au scos la lumină similitudinile şi diferenţele dintre ele, regăsite în creierul uman (Cacioppo et al, 2012).

Abordări neurologice: În ultimul deceniu, neurologii au început să contribuie la înţelegerea

naturii dragostei pasionale şi a dorinţei sexuale. În general, studiile fMRI demonstrează că atât pasiunea, cât şi scânteia dorinţei sexuale au crescut activitatea în zonele subcorticale ale creierului asociate cu euforie, recompensă şi motivaţie, precum şi în zonele creierului cortic care sunt implicate în auto-reprezentare şi cunoaştere socială (Cacioppo et al, 2012).

În mod particular, ultimele date neuroştiinţifice sugerează că dorinţa sexuală împarte cu iubirea o matrice specifică în striatum, talamus, hipocampus, cortex cingular anterior (ACC), girusul frontal mijlociu (MFG), girus temporal superior (STG), girusul precentral, TPJ şi cortexul occipito-temporal.

Coactivarea subcorticală a zonelor legate de emoţie şi corticala de ordin superior care mediază funcţii cognitive mai complexe (de exemplu, imaginea corporală, asociaţii mentale şi autoreprezentare) consolidează modelul neuro-funcţional de relaţii interpersonale şi rolul potenţial al experienţelor trecute asupra viitoarelor sentimente, emoţii şi comportamente. Comparând dragostea cu dorinţa sexuală, activitatea a fost demonstrată ca fiind diminuată în striatum ventral, hipotalamus, amigdală, cortexul somatosenzorial şi IPL.

Aceste diminuări sunt în concordanţă cu dorinţa sexuală ca status motivaţional, cu un obiectiv specific, în timp ce iubirea pasională ar putea fi considerată mai abstractă, flexibilă, complexă şi comportamentală şi care este mai puţin dependentă de prezenţa fizică a unei alte persoane. Dragostea este asociată cu mai multă activare intensă a zonei tegmentale ventrale (VTA) şi o anumită recrutare de activităţi în regiunile mai dorsale ale striatumului drept, două regiuni bogate în dopamină implicate, în general, în motivaţie, recompensă şi formarea

obiceiurilor. Aceste constatări întăresc importanța unor stimulente specific orientate către obiective pentru mintea cuiva care se îndrăgosteşte. Activarea acestor arii subcorticale bogate în dopamină, în special în timpul experiențelor de dragoste pasională este în concordanță cu studiile psihologice care definesc dragostea ca pe o recompensă, experiență pozitivă şi motivantă.

Interesant este că partea anterioară a insulei s-a dovedit a fi activată semnificativ de sentimentele de dragoste, în timp ce partea posterioară este activată în mod semnificativ de sentimentele de dorință sexuală. Acest lucru este în concordanță cu argumentul potrivit căruia dragostea este un construct abstract, care se bazează parțial pe reprezentarea mentală a momentelor emoționale din trecut repetate cu altă persoană.

Acest model specific de activare sugerează că dragostea se bazează pe un circuit neuronal pentru emoții şi plăcere, la care se adaugă regiuni asociate cu aşteptarea recompensei, formarea obiceiurilor şi detectarea trăsăturilor. În mod special, activarea comună în interiorul insulei, cu un model posterior-anterior, de la dorință la iubire, sugerează că iubirea creşte şi este mai mult reprezentarea abstractă a experiențelor senzorimotorii plăcute care caracterizează dorința. Din aceste rezultate, se poate trage concluzia că dorința şi dragostea aparțin unui spectru care evoluează din reprezentările integrative ale afectivității la o reprezentare finală a sentimentelor încorporând mecanismele de aşteptare a recompensei şi obiceiurile învățate.

Dragostea şi calitatea vieții: Când relațiile pasionale au loc într-o manieră pozitivă, ele sunt asociate cu bucurie, mulțumire şi o îmbunătățire a sănătății mentale. Cei îndrăgostiți s-au dovedit, de

asemenea, a fi mai rezistenți la stres, mai puțin sensibili la durere, şi este mai puțin probabil să fie tentați de consumul de nicotină şi alte droguri. Dragostea este, de asemenea, legată de frecvența şi varietatea activității şi satisfacției sexuale a cuplului.

Desigur, după cum am menționat în definiția noastră, dragostea are o latură întunecată. Când pasiunea este întreruptă, înfrântă sau pierdută, de multe ori oamenii experimentează sentimente subiective de izolare socială (singurătate), durere, tristețe şi simțul abandonului, adică o serie de sentimente şi percepții subiective care pot afecta sănătatea mintală, precum şi sistemul imunitar. **Dragostea poate îmbogăți viețile noastre; pierderea ei poate provoca mizerie şi suferință.**

Anexă

Test Screening pentru Adicția Sexuală

Testul Screening pentru Adicția Sexuală (TSAS)[6] este conceput pentru a ajuta la evaluarea comportamentului sexual compulsiv, care poate indica prezența dependenței de sex. Dezvoltat în colaborare cu spitalele, programele de tratament, terapeuții privați și grupurile comunitare, TSAS furnizează un profil de răspunsuri care ajută la diferențierea comportamentului de dependență de cel de non-dependență. Înainte de a începe evaluarea, sunt necesare niște informații de bază pentru a putea construi profilul.

Bifează genul: bărbat/femeie și orientarea: heterosexual, bisexual, homosexual.

1.	Ai fost abuzat sexual în copilărie sau adolescență?	Da	Nu
2	Părinții tăi au probleme cu comportamentul sexual?		
3	Deseori te simți preocupat de gânduri sexuale?		
4	Crezi că comportamentul tău sexual nu este normal?		
5	Te simți vreodată rușinat de comportamentul tău sexual?		
6	Comportamentul tău sexual a creat vreodată probleme pentru tine și pentru familia ta?		

[6] Testul se găsește online la: www.recoveryzone.com și www.psychology-tools.com. © 2008, P.J. Carnes, Sexual Addiction Screening Test – Revised.

		Da	Nu
7	Ai solicitat vreodată ajutor pentru comportamentul sexual care nu ți-a plăcut?		
8	A fost cineva rănit emoțional din cauza comportamentului tău sexual?		
9	Sunt oricare dintre activitățile tale sexuale împotriva legii?		
10	Ai depus eforturi pentru a renunța la un tip de activitate sexuală şi ai eşuat?		
11	Îți ascunzi unele comportamente sexuale față de ceilalți?		
12	Ai încercat să opreşti anumite părți ale activității tale sexuale?		
13	Te-ai simțit dezonorat de comportamentele tale sexuale?		
14	După ce faci sex, te simți deprimat ?		
15	Te simți controlat de dorința ta sexuală?		
16	Au fost neglijate părți importante din viața ta (cum ar fi: locul de muncă, familia, prietenii, activitățile de petrecere a timpului liber) pentru că ai petrecut prea mult timp preocupat de sex?		
17	Te gândeşti vreodată că dorința ta sexuală este mai puternică decât tine?		
18	Sexul este aproape tot la ce te gândeşti?		
19	Ai făcut sex (sau ai avut fantezii romantice) ca o cale de a scăpa de problemele tale?		
20	Sexul a devenit cel mai important lucru din viața ta?		
21	Eşti în criză în ceea ce priveşte sexul?		
22	Internetul ți-a creat probleme sexuale?		
24	Ai achiziționat servicii online în scopuri erotice (site-uri pentru întâlniri, pornografie, fantezie şi prieteni)?		
25	Ai folosit Internetul pentru a crea legături romantice sau erotice cu oamenii online?		

26	Ai în jurul tău oameni afectați de activitățile tale sexuale online?		
27	Ai încercat să îți oprești comportamentele sexuale online?		
28	Te-ai înscris sau ai cumpărat sau închiriat în mod regulat materiale explicit sexuale (reviste, videoclipuri, cărți sau pornografie online)?		
29	Te-ai comportat într-o manieră sexuală cu minorii?		
30	Ai cheltuit mult timp şi bani pe cluburi de striptease, sexshopuri şi filme de închiriat pentru adulți?		
31	Ai folosit prostituția sau serviciile de escortă pentru a-ți satisface nevoile sexuale?		
32	Ai petrecut mult timp online pe site-uri porno?		
33	Ai folosit reviste, videoclipuri sau pornografie online chiar şi atunci când a existat un risc considerabil de a fi prins de membrii familiei care ar fi deranjați de comportamentul tău?		
34	Ai achiziționat în mod obişnuit romane erotice sau reviste cu caracter sexual explicit?		
35	Ai plătit pentru sex cu bani sau cadouri?		
36	Ai avut mai multe relații erotice sau sexuale în acelaşi timp?		
37	După o activitate sexuală, te poți abține uneori de la orice fel de sex pentru o perioadă mai îndelungată?		
38	Te-ai implicat în mod regulat în comportament sadomasochist?		
39	Ai frecventat saloane de sex, cluburi sexuale sau librării pentru adulți ca parte a activității tale sexuale obişnuite?		
40	Ai fost implicat (ă) într-un act sexual neprotejat sau „riscant", chiar dacă ai ştiut că îți poate provoca daune?		

41	Ai mers în locuri publice, zone de odihnă sau parcuri pentru a căuta să faci sex cu străini?	Da	Nu
42	Crezi că sexul ocazional sau anonim te-a împiedicat să ai mai multe relaţii intime pe termen lung?		
43	Comportamentul tău sexual poate conduce la riscul de a fi arestat pentru că este un comportament deviant sau indecent public?		
44	Ai fost plătit pentru a face sex?		

Se estimează că dependenaţa sexuală afectează un procent de 3-6% din populaţia generală. Cu toate acestea, mulţi clinicieni nu dispun de criterii şi instrumente validate pentru depistarea cazurilor posibile. Spre informare, dacă aţi răspuns cu „da" la 7 sau mai multe dintre itemii 1-20, atunci trebuie să vă puneţi întrebări şi să consultaţi un specialist cu privire la sexualitatea dumneavoastră. Itemii 21-44 ajută la clarificarea modului în care se manifestă problema sexuală.

Dependenţa sexuală are mai multe dimensiuni analizate în test, spre exemplu: preocupare (itemii 3, 18, 19, şi 20), pierderea controlului (itemii 10, 12, 15, şi 17), disfuncţii în relaţie (itemii 6, 8, 16, şi 26), perturbare afectivă (4, 5, 11, 13 şi 14).

Bibliografie

1. André J. - Psihanaliza şi sexualitatea feminină. Edit. Trei, Bucureşti, 2003.
2. Abramowitz J.S., Houts A.C. - What is OCD and what is not: problems with the OCD spectrum concept. *Sci Rev Ment Health Pract* 2002, 2, pp. 372-390.
3. Andreassen C.S., Pallesen S., Griffiths M.D., Torsheim T., Sinha R. - The Development and Validation of the Bergen-Yale Sex Addiction Scale With a Large National Sample. *Front Psychol* 2018, 9:144. doi:10.3389/fpsyg.2018.00144.
4. Armstrong A., Quadara A., El-Murr A., Latham J. - The effects of pornography on children and young people: An evidence scan. Melbourne Australian Institute of Family Studies, 2017.
5. Avenia F. - Essenza e progetto. *Riv Sessuo* 2000, nr. 4.
6. Avenia F., Pistuddi Annalisa - Manuale sulla sexual addiction. FrancoAngeli, Milano, 2007.
7. Bancroft J., Vukadinovic Z. - Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res* 2004, 41, 225-234.
8. Bălăceanu-Stolnici C-tin., Papari C.A., Papari A., Cozaru G.C., Iomandescu I.B. - Tentaţie şi dependenţă. Edit. fundaţiei Andrei-Şaguna, Constanţa, 2012.
9. Bergner R. - Sexual compulsion on heavy pornography involvement for romantic parteners; research and clinical implication. *J Sex Marit Ther* 2002, 28, pp. 193-206.
10. Bird M.H. - Sexual Addiction and marriage and family therapy: facilitating individual and relationship healing through couple therapy. *J Marit Fam Ther* 2006, Oxford, vol. 32, iss. 3, pp. 297-311.
11. Blankenship R., Laaser M. - Sexual addiction and ADHD; is there any connection? *Sex Addict Compuls* 2004, 11:7-20.
12. Bostwick M., Bucci J.A. - Internet sex addiction treated with Naltrexone, *Mayo Clin Proceed* 2006, Rochester, vol. 83, iss. 2, pp. 266-280.
13. Brody S., Kruger, T.H. - The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following

masturbation and suggests greater satiety. *Biol Psychol* 2006, nr. 71, pp. 312-315.
14. Bourke M., Hernandez A. - The 'Butner Study' redux: A report of the incidence of hands-on child victimization by child pornography offenders. *J Fam Viol* 2009, 24:183-91.
15. Cacioppo S.O. Hatfield E. - Passionate love and sexual desire. În: Whelehan P., Bolin A. (eds.), Encyclopedia of Human Behavior, Wiley-Blackwell, 2012.
16. Calame C. - Eros în Grecia Antică. Edit. Symposion, Bucureşti, 2004.
17. Carnes P.J. - Don't call it love: recovery from sexual addiction. Bantam Books, New York, 1991.
18. Carnes P.J. - Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment & recovery. *CNS Spectrums* 2000, 5(10):63-72.
19. Carnes P.J., Delmonico D., Griffin M.A., Moriarty J. - In the Shadows of the Net: Breaking Free of Compulsive Online Sexual Behavior. Center City, MN:Hazelden, 2001.
20. Carroll J., Padilla-Walker L.M., Nelson L.J. - Generation XXX: Pornography acceptance and use among emerging adults. *J Adoles Res* 2008, 23:6-30.
21. Cattaneo Z., Vecchi T. - Psicologia delle diferenze sessuali. Carocci, Roma, 2006.
22. Chouinard G., Goodman W., Greist J., Jenike M., Rasmussen S., White K., Hackett E., Gaffney M., Bick P.A. - Results of a double-blind placebo controlled trial of a new serotonin uptake inhibitor, Sertraline, in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol Bul* 1990, 26 (3):279-84.
23. Collins R.L., Elliott M.N., Berry S.H., Kanouse D.E., Kunkel D., Hunter S.B., et al - Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. *Pediatrics* 2004, 114:280-9. [PubMed]
24. Copăceanu M. - Freud sau religia. Totem. Iluzie. Critică. Edit. Agnos, Sibiu, 2008.
25. Curry S.J., Ludman E.J., McClure J. - Self administered treatment for smoking cessation. *J Clin Psychol* 2003, 59, pp. 305-19.
26. Dafinoiu I., Varga, J.L. - Psihoterapii scurte. Strategii. Metode. Tehnici. Edit. Polirom, Iaşi, 2005.
27. De Guzmán I.N., Arnau R.C., Green R.A., Carnes S., Carnes P., Jore J. - Empirical Identification of Psychological Symptom Subgroups of Sex Addicts: An Application of Latent Profile Analysis, Sexual Addiction & Compulsivity. *J Treat Prev* 2016, vol. 23, pp. 34-55.
28. Denzin N., Lincoln Y. - Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, Sage, CA, 1994.

29. Dèttore D. - Il disturbo ossesivo-compulsivo. Caratterstiche cliniche e technice di interventi. McGraw Hill, Milano, 1998.
30. Dhuffar M.K., Griffiths M.D. - Barriers to female sex addiction treatment in the UK. *J Behav Addict* 2016, 5(4):562-567. doi:10.1556/2006.5.2016.072. Epub 2016, Oct 27.
31. Di Maria F. - Sesso compulsive. *Psicol Contemp* 2004, nr. 185, pp. 24-30.
32. Dolto Fr. - Sexualitatea feminină. Edit. Trei, 2005.
33. Eco Umberto - Cum se face o teză de licență. Edit. Pontica, Craiova, 2000.
34. Eisenman R., Dantzker M.L., Lee Ellis - Self Ratings of Dependency/Addiction Regarding Drugs, Sex, Love, and Food: Male and Female College Students, *Sex Addict Compulsiv* 2010, 11:3, 115-127, doi:10.1080/10720160490521219.
35. Enăchescu C-tin. - Tratat de psihosexologie. Edit. Polirom, Iaşi, 2003.
36. Evola J. - Metafizica sexului, Edit. Humanitas, Bucureşti, 2002.
37 Griffin-Shelley E. - Psychology. Sex and Love: Addiction, treatment, and recovery. *Anderson WP Choice* 1991, Middletown, vol. 29, iss. 4.
38. Havelock E. - Psychology of Sex. Mentor Books. New York, 1963.
39. Fernandez-Guasti A., Rodriguez-Manzo G. - Pharmacological and psychological aspects of sexual exhaustion in male rats. *Scand J Psychol* 2003, 44(3), pp. 257-216.
40. Fisher H.E. - Anatomy of love. The natural history of monogamy, adultery, and divorce. Norton and Comp., New York, 1992.
41. Fossum M., Mason M. - Il sentimento di vergogna. Astrolabio, Roma, 1987.
42. Freud Sigmund - Trei eseuri asupra teoriei sexualității. În: Freud, Opere 6. Studii despre sexualitate (1905). Edit. Trei, Bucureşti, 2001.
43. Garcia F.D., Thibaut F. - Sexual addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010, 36(5):254-60.
44. Giddens A. - Sociologie. Edit. All, Bucureşti, 2000.
45. Giordano A.L., Cashwell C.S. - Cybersex Addiction Among College Students: A Prevalence Study, Sexual Addiction & Compulsivity. *J Treat Prev* 2017, vol. 24, pp. 47-57.
46. Glasser W.F. - Sexual addiction: an integrated approach. *Austral N Zeel J Psych* 2009, vol. 34, iss. 2, pp. 350.
47 Goodman A. - Addiction Defined: diagnostic criteria for addictive disorder. *Am J Prevent Psych* 1989, 2(1), pp. 12-15.

48. Goodman A. - Addiction: Definition and implication. *Brit J Addict* 1990, nr. 85, pp. 1403-08.
49. Goodman W.K., Prince L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Delgrado P., Heninger G.R. Charney D.S. - The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, II. Validity. *Arches Gen Psych* 1989, 46, pp. 1012-16.
50. Granata G. - Homeopatie şi sexualitate. Edit. Polirom, Iaşi, 2005.
51. Grayson H. - Mindful Loving. 10 practices for creating deeper connections. Gotham Books, New York, 2004.
52. Haas A., Haas K. - Understanding Sexuality. Times Mirror / Mosby. College Publishing, Boston, 1990.
53. Hald G.M., Malamuth N.M., Yuen C. - Pornography and attitudes supporting violence against women: Revisiting the relationship in nonexperimental studies. *Aggress Behav* 2010, 36:14-20. [PubMed]
54. Hatfield Elaine, Rapson R.L. - Love, sex and intimacy. Their psychology, biology, and history. Harper Collins College Publishers, New York, 1997
55. Hatfield Elaine, Rapson R.L. - Love and Sex. Cross-Cultural Perspectives. Ally and Bacon, 1996.
56. Hilton D.L., Watts C. - Pornography addiction: A neuroscience perspective, *Surg Neurol Int* 2011, 2:19.
57. Hyman S.E. - Addiction: a disease of learning and memory. *Am J Psych* 2005, nr. 62, (S), pp. 1414-22.
58. Irvin Janice - Disorders of Desire. Sexuality and Gender in Modern American Sexology. Temple University Press, Philadelphia, 2005.
59. Kaplan H.I., Sadock B.J. - Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria, vol. 1. Centro Scientifico Torino, 2001.
60. Kaplan H.S. - I disturbi del desidero sessuale. Gli sviluppi teoretici e pratici della nuova terapia sessuale. Oscar Mondadori, Milano, 1989.
61. Kasl Davis Charlotte - Women, sex and addiction. A search for love and power. Ticknor & Fields, New York, 1989.
62. Khan O., Ferriter M., Huband N., Powney M.J., Dennis J.A., Duggan C. - Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, (2):CD007989. doi:10.1002/ 14651858.CD007989.pub2.
63. Kühn S., Gallinat J. - Brain Structure and Functional Connectivity Associated With Pornography Consumption. The Brain on Porn. *JAMA Psych* 2014, doi:10.1001/ jamapsychiatry.93.

64. Krüger T.H., Haake P., Hartmann U. Orgasm-induced prolactin secretion: feedback control of sexual drive?. *Neurosci Biobehav Rev* 2014, nr. 26, pp. 31-45.
65. Krüger T.H., Haake P., Haverkamp J., Krämer M., Exton M.S., Saller B., Leygraf N., Hartmann U., Schedlowski M. - Effects of acute prolactin manipulation on sexual drive and function in males. *J Endocrinol* 2003, 179 (3):357-65.
66. Lacquer T. - Corp şi sex de la greci la Freud. Edit. Humanitas, Bucureşti, 1998.
67. Laudmann E.O. el al - The Social Organization of Sexuality: sexual practices in the U.S. Chicago University Press, 1994.
68. Lerner A.G, Gelkopft M., Sigal M., Oyffe I. - Indicators of good prognosis in Naltrexone treatment: a five-year prospective study. *Addict Res Theor* 1997, vol. 4, iss. 4, pp. 385-391.
69. Manning J. - Senate Testimony. 2005, Nov 10, referencing: J. Dedmon: "Is the Internet Bad for Your Marriage? Online Affairs, Pornographic Sites Playing Greater Role in Divorces" 2002, press release from American Academy of Matrimonial Lawyers, 14.
70. Milrad R. - Co-addictive recovery: early recovery issues for spouses of sex addicts. *Sex Addict Compuls* 1999, 6, pp. 125-136.
71. Martin N.G. - Human neuropsychology. Prentice Hall Europe, Great Britain, 1998.
72. Masters W.H., Johnson V.E. - Human sexual response. Little Brown and Co, Boston, 1966.
73. Masters W.H., Johnson V.E. - L'atto sessuale nell'uomo e nella dona. Indagine sugli aspetti anatomici e fisiologici. Feltrinelli, Milano, 1975.
74. Mick E. - Adult ADHD increase the risk of substance abuse. *Clin Psych News* 1998, 26 (2), 5-12.
75. Milkman H., Sunderwirth S. - Craving from extasy: the consciousness and chemistry of escape, Lexington Books, 1987.
76. Mitrofan Iolanda - Psihologia vieţii de cuplu, între iluzie şi realitate. Edit. Sper, Bucureşti, 2002.
77. Mogoş Voichiţa, Mogoş Simona - Disfuncţii sexuale masculine. Edit. Gr. T. Popa, U.M.F. Iaşi, 2007.
78. Moore Susan, Rosenthal Doreen - Adolescenza e sessualità. Franco Angeli, Roma, 1999.
79. Oltmanns T.F., Neale J.M., Davinson G.C. - Case studies in abnormal psychology. 6th ed., Wiley, New York, 2003.
80. Parot Françoise, Doron R. - Dicţionar de Psihologie. Edit. Humanitas, Bucureşti, 2006.

81. Pârvu C., Ene I., Codescu A, Cernat M., Muşat E.M., Simion P. - Sexualitatea şi sănătatea umană. Edit. Tehnică, Bucureşti, 2000.
82. Pedinielli J.L., Rouan G., Bertagne P. - Psychopathologie des addictions. Press Universitaires de France, 1998.
83. Peele S., Brodsky A. - Love and Addiction. Broadrow Publications, 1975.
84. Perry S.L. - Does Viewing Pornography Reduce Marital Quality Over Time? Evidence from Longitudinal Data. *Arch Sex Behav* 46, 2017, nr. 2:549-559.
85. Peteanu M. - Educaţia relaţiilor dintre sexe. Edit. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.
86. Pollets D. - Internet Sex Addiction: Case Studies and Treatment. Is Internet sex addiction ruining your relationship?. *Psychol Today* 2008, www.psychologytoday.com
87. Poudat Françoise - La dipendenza amorosa. Quando l'amore e il sesso diventano una droga. Castelvecchi, 2006.
88. Prelipceanu D., Voicu V. - Abuzul şi dependenţa de substanţe psihoactive. Manual pentru studenţii în medicină şi medicii rezidenţi psihiatri. Edit. InfoMedica, Bucureşti, 2004.
89. Price R.P., Regnerus M., Walley J. - How Much More XXX Is Generation X Consuming? Evidence of Changing Attitudes and Behaviors Related to Pornography Since 1973. *J Sex Res* 53, 2016, nr. 1:12-20.
90. Rada Cornelia, Turcu Suzana, Bălăceanu-Stolnici C-tin., Prejbeanu Ileana - Aspecte ale determinismului cultural în comportamentul sexual. *Stud cercet antropol* 2012, nr. 2, p. 33-42.
91. Rathus S., Nevid J.S., Rathus L.F. - Human sexuality in a world diversity. Allyn and Bacon, Boston, 1993.
92. Raviv M. - Personality characteristics of sexual addicts and pathological gambles. *J Gambl Stud* 1993, 9, pp. 7-13.
93. Reed R.C., Blaine D.A. - Sexual addictions. *Holist Nurs Pract* 1988, Aug. 2(4):75-83.
94. Reich W. - Funcţia orgasmului. Psihopatologia şi sociologia vieţii sexuale. Edit. Trei, Bucureşti, 1995.
95. Reiss I.L. - Journey into Sexuality. An exploratory voyage. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1986.
96. Ricoeur P. - Despre Interpretare. Eseu asupra lui Freud. Edit. Trei, Bucureşti, 1998.
97. Romando-Torres M., Phillips-Farfan B., Chaviara R., Rodriguez-Manzo G. - Relation between sexual satiety and brain androgen receptors. *Neuroendocrinol* 2007, 85 (1):16-26.
98. Romilă A. (coord.) - Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale. ed. a IV-a, reviz. DSM-IV-TR. Edit. Asoc. Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2003.

99. Ryback R. - Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psych* 2004, 65 (7), pp. 982-986.
100. Sadock B.J., Sadock A.V. - In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (vol. 2). Lippincott Williams & Wilkins, 7th ed., 2000.
101. Săhleanu V., Măicănescu M., Ionescu B. - Probleme de sexologie masculină, Bucureşti, 1958.
102. Schaeffer Brenda - Dragoste sau dependență? Cum să recunoşti iubirea sănătoasă. Edit. Trei, Bucureşti, 2012.
103. Schneider J., Schneider B. - Couple recovery from sexual addiction/co-addiction: results of a survey of 88 marriages. *Sex Addict Compuls* 1996, 3, pp. 111-126.
104. Scheneider J., Schneider B. - Sex, lies, and forgiveness: couples speaking out on healing from sex addiction. Center City, Hazelden Educational Materials, 1991.
105. Scheneider J.P. How to recognize the signs of sexual addiction. Asking the risk questions may uncover serious problems. *Postgrad medi-sex addict* 1991, vol. 90. nr. 6.
106. Schmitz J., Stotts A., Rhoades H., Grabowski J. - Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addic Behav* 2001, 26, (2), pp. 167-180.
107 Schwartz Stefanie, Abramowitz A., Jonathan S. - Are non-paraphilic sexual addictions a variant of obsessive-compulsive disorder? A pilot study. *Cogn behav pract* 2003, vol. 10, iss. 4, pp. 372-377.
108. Snowdon C.T., Ziegler T.E. - Variation in prolactin is related to variation in sexual behavior and contact affiliation. PLoS One.; 10 (3):e0120650. doi: 10.1371/journal.pone.0120650. eCollection, 2015.
109. Stoica T. - Sexologie. Edit. Medicală, Bucureşti, 1972.
110. Strominger L. - Psihofiziologie Sexuală. Psihologia sexuală a copilului, bărbatului şi femeii. Edit. Antet XX Press, Bucureşti, 2000.
111. Svedin C.G., Åkerman I., Priebe G. - Frequent users of pornography: a population based epidemiological study of Swedish male adolescents. *J Adol* 2011, 2, 34(4):779-788.
112. Swinson R., Anthony M., Rachman S., Richter M. - Obsessive compulsive disorder: theory, research, and treatment. Guilford Press, New York, 1998.
113. Şelaru M. - Comportamentul sexual deviant. Edit. Moldova, Iaşi, 1993.
114. Totoianu Gh. - Sexualitatea umană. Casa de Editură Mureş, Târgu-Mureş, 1995.
115. Turner D., Briken P. - Treatment of Paraphilic Disorders in Sexual Offenders or Men With a Risk of Sexual Offending With Luteinizing Hormone-Releasing Hormone Agonists: An Updated Systematic Review. *J Sex Med* 2018, 15(1):77-93. doi:10.1016/j.jsxm.2017.11.013.

116. Volkow N.R. - The Science of Addiction. *Jun Schol* 2006, NY, vol. 109, iss. 6, pp. 18-35.
117. Voon V., Mole T.B., Banca P., Porter L., Morris L., Mitchell S. et al - Neural Correlates of Sexual Cue Reactivity in Individuals with and without Compulsive Sexual Behaviours, 2014, PLoS ONE 9(7): e102419.https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102419.
118. Wan M., Finlayson R., Rowles A. - Sexual dependency treatment outcome study. *Sex Addict Compuls* 2000, 7 (3), pp. 177-196.
119. Wayne M. - Sex Addiction: Case Studies and Management. *J Nerv Ment Dis* 1997, vol. 185, iss. 1, 1997
120. Wayne, Myers A. - Addictive sexual behavior. *Am J Psychother* 1995, New York, vol. 49, iss. 4, pp. 473-484.
121. Williams L.M., Das P., Harris A., Liddell B.B. et al - Dysregulation of Arousal and Amygdal-Prefontral Systems in Paranoid Schizophrenia. *Am J Psych* 2004, 141, pp. 480-489.
122. Young K., Griffin-Shelley E., Cooper A., O Mara J., Buchanan J. - Online infidelity: a new dimension in couple relationships with implications for evaluation and treatment. *Sex Addict Compuls* 2000, II, pp. 57-59.
123. Zamfirescu V. Dem. - Introducere în psihanaliza freudiană şi postfreudiană, ed. a II-a, Edit. Trei, Bucureşti, 2007.

Dicţionare

1. *Oxford Dictionary of Psychology* - Colman A., Oxford University Press, 2006.
2. *Dicţionar de Psihologie* - Parot Fr., Doron R. Edit. Humanitas, Bucureşti, 2006.
3. *Dicţionar de Psihanaliză* - Roudinesco E., Plon M., Edit. Trei, Bucureşti, 2002.
4. *Dicţionar latin-român* - Guţu Gh., ed. a III-a, Edit. Humanitas, Bucureşti, 2012.
5. *Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale* (DSM IV) - Romilă A. (coord.). Edit. Asociaţiei Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2003.

https://www.themeadows.com/blog
https://www.provenmen.org/2014PornSurvey/

Mihai Copăceanu s-a specializat în adicții în Marea Britanie, absolvind un program masteral la Institutul de Psihiatrie (King's College London), lucrând cu dependenții de heroină şi obținând burse de cercetare la Universitatea din Oxford (Balliol College). Cercetează consumul de substanțe psihoactive în rândul adolescenților în cadrul unui proiect doctoral sub coordonarea Academicianului Constantin Bălăceanu-Stolnici. Este activ în dezbaterile publice şi scrie constant pe blogurile adevărul.ro încă din 2013. A publicat „Drogurile. O carte obligatorie" (Ed. Eikon, 2018) şi „Freud sau Religia" (Ed. Agnos, 2008).

Nu poți fi medic fără a lucra la patul bolnavului şi nu poți fi psiholog, mai ales psihoterapeut, dacă nu ai luat contact direct cu cei suferinzi.

Acad. *Constantin Bălăceanu-Stolnici*

Mihai Copăceanu este o stea respectată în comunitatea psihologilor români. L-am auzit vorbind la conferințele din România, exprimând încredere şi o maturitate mult peste anii săi. Este bine documentat, devotat, inteligent şi deschis spre noi moduri de gândire şi învățare.

Psih. *Adam R. Winstock*

Fără o cunoaştere a psihologiei culturale şi a istoriei, cercetătorii care teoretizează despre o mică parte a comportamentului uman sunt precum cei care văd doar o secvență dintr-un film, nu filmul întreg. Această carte despre dependența sexuală este un prim exemplu a ceea ce poate fi obținut prin colaborări interculturale.

Dr. *Elaine Hatfield*

Cartea colegului nostru, psiholog Mihai Copăceanu, intitulată „Dependența Sexuală", corespunde unei nevoi sociale urgente.

Dr. *Mihai Turcu*

Când am vorbit în şcoli am avut acordul părinților. Există oare acordul părinților şi pentru cei care le abordează sexual copiii pe stradă? Educație elementară pentru sănătate fără educație sexuală nu există. Avem nevoie de un sistem de referință. Acum îl pune în fața noastră cu discernământ şi responsabilitate, prin această carte, Mihai Copăceanu.

Dr. *Elena Ucenic*

ISBN 978-973-39-0824-1